



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA



RAÍSSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO

**Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
Bucal da População em Situação de Rua**

Teresina

2019

RAÍSSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO

**Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
Bucal da População em Situação de Rua**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí como requisito para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Clínica Odontológica

Linha de Pesquisa: Análise de Situação de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Ferraz Mendes

Teresina

2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

S729e Souza, Emanuella Geovana Magalhães de.
Entre tênis e cadarços - a literatura infantil afrodescendente :
o que ensina o mercado editorial brasileiro? / Emanuella
Geovana Magalhães de Souza. – 2019.
159 f.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade
Federal do Piauí, Teresina, 2019.
“Orientador: Professor Pós-Dr. Francis Musa Boakari”.

1. Literatura infantil. 2. Mercado Editorial.
3. Meninas/Mulheres afrodescendentes. 4. Epistemicídio.
I. Título.

CDD 372

Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal da População em Situação de Rua

COMISSÃO EXAMINADORA:

1) Prof.^a Dr.^a Regina Ferraz Mendes

Titulação: Doutora em Dentística - Faculdade de Odontologia de Bauru/USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof.^a Dr.^a Telma Maria Evangelista de Araújo

Titulação: Doutora em Enfermagem - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof.^a Dr.^a Cacilda Castelo Branco Lima

Titulação: Doutora em Odontologia – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Suplente:

1) Prof. Dra. Marcoeli Silva de Moura

Titulação: Doutora em Odontopediatria – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A maior e mais bela oração será insuficiente para mensurar a minha gratidão à **DEUS**, pelo dom da vida, força, perseverança, amor incondicional e por tudo que vós me destes. Reconheço em todo o meu caminho a sua mão grandiosa e a interseção da mãe santíssima, me protegendo e encorajando para não desistir. A ti senhor, dedico mais esta etapa em minha vida, confiando que continuará a me amparar por onde for. Ofereço a minha vida e o meu servir a ti, peço que sempre me abençoe e que eu nunca deixe de mostrar que tu és o meu melhor amigo e que me conhece. Sem ti meu Senhor, eu nada sou.*

*Nada te perturbe, Nada te espante,
Tudo passa, Deus não muda,
A paciência tudo alcança;
Quem a Deus tem, Nada lhe falta:
Só Deus basta.*

(Santa Tereza D'Avila)

A minha Mãe **Mariana**, e meus avós **Pretinha e Gerardo**. Por me apoiarem e serem suportes essenciais na minha vida. O seio familiar sempre será sinônimo de amor, carinho, segurança e a certeza de ter para onde ir nos dias difíceis. A minha independência e determinação com certeza são frutos dos exemplos que tenho em casa. Obrigada por não medirem esforços para que os meus sonhos fossem possíveis de realizações. Estas palavras não serão suficientes para transmitir o amor e gratidão que sinto, são sentimentos extremamente grandiosos. Mas a oração no final de cada dia é transmitida pelo cuidado e zelo de Deus para com vocês. Amo Vocês!! Mãe, mais uma vez conseguimos!!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À **Prof.^a Dr.^a Regina Ferraz Mendes**, minha querida orientadora, peça fundamental no meu amadurecimento e construção profissional. Sua orientação sempre tranquila, firme e segura de que eu poderia ser melhor. Obrigada por confiar e acreditar em mim, quando nem eu mesma confiava e acreditava. Toda essa segurança e confiança transmitida é sinal da sua honestidade, competência, dedicação e caráter. Desculpe-me se em algum momento eu não soube transmitir o meu carinho e admiração pela senhora. Nada disso seria possível sem seu apoio e ajuda. Obrigada por tudo, e que Deus abençoe ainda mais o seu dom de ensinar e sua vida!

Aos meus irmãos, **Raphael, Rogiel e Erik**. Obrigado pela amizade e cumplicidade em todos os meus planos. Obrigado pelo apoio. Amo vocês!

Aos meus sobrinhos e afilhados **Guilherme e Ruan Gustavo**, por me mostrarem a renovação do amor puro, singelo e doce a cada encontro. Cada fase uma nova felicidade. A Dindinha ama vocês!!

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal do Piauí**, em nome de seu Magnífico Reitor, **Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes**.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI**, em nome de sua atual coordenadora, **Prof.^a Dr.^a Marina de Deus Moura de Lima**.

Ao secretário do PPGO/UFPI, **Sr. Plínio José Paz e Silva**, pela dedicação que conduz seu trabalho e acolhimento com os mestrandos. Você merece todo reconhecimento, por tamanha competência, o PPGO/UFPI só ganha com o seu empenho.

À **Prof.^a Dr.^a Cecília Cláudia Costa Ribeiro de Almeida e Prof.^a Dr.^a Neusa Barros Dantas Neta**, por contribuírem para a melhoria deste estudo durante o exame de qualificação.

À **Prof.^a Dr.^a Cacilda Castelo Branco Lima**, por sua colaboração para a melhoria deste trabalho, participando da banca examinadora tanto no exame de qualificação como na defesa. Obrigada!

Às **Prof.^a Dr.^a Telma Maria Evangelista de Araújo e Prof.^a Dr.^a Marcoeli Silva de Moura**, pela contribuição e disponibilidade em participar da banca examinadora deste trabalho.

Às professoras **Wallesk Gomes Moreno e Ana Célia Cavalcante**, responsáveis pelo o incentivo na área da pesquisa. Muito obrigada!

Aos professores doutores **Neusa Barros Dantas Neta e José Machado Moita Neto**, pelo auxílio na análise estatística destes resultados e por todos os ensinamentos.

A minha família, meu avós, tias, primos e primas, afilhados muito obrigada pelo apoio e torcida.

Ao **Aryvelto**, pelo incentivo e por ser parte fundamental na realização deste trabalho.

À minha prima, amiga de infância e irmã **Lourena**, que Deus abençoe ainda mais esta amizade.

À minha prima **Rosilane**, pelo apoio na seleção do mestrado e sugestão da população a ser estudada.

À madrinha **Francisca e Darlan**, por todo acolhimento e carinho semanalmente.

Aos amigos da VII Turma do PPGO/UFPI, **Aila, Ana Vitória, Ananda, Graciela, Luciano, Natiele, Tainá, Juliana e Ysnayra** por tornarem esta caminhada mais suave e pela convivência harmoniosa.

Aos meus amigos da graduação, **Brunna Costa, Lucas Lima, Lucas Portela, Marisa, Roxana, Erica e Ulisses**. A distância não diminui nossa amizade, apenas fortalece. O apoio de vocês sempre foi regado de muita alegria, que sorte a minha.

Aos meus amigos do ensino médio, **Arielly, Mônica, Alex, Ediane, Marizete, Clésia, Raiane e Jéssica Daiane**, por todo carinho e incentivo nestes logos anos.

As minhas amigas **Thays e Gabriela Neiva**, por tornarem os estágios mais alegres, pelas viagens e muitas aventuras.

Ao Mestrando **Isaac Torres** e aos alunos de Iniciação Científica e graduação **Jonathan Costa, Marcus Vínicus e Gustavo**, pela ajuda e disponibilidade para realização deste trabalho.

À **Alessandra Noletto**, colega de profissão, por se disponibilizar com a condução inicial desta pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho da estratégia saúde da família da comunidade São José em São João do Arraial, em especial **Maria da Conceição, Graça Moraes, Deliane, Edinete e Moisés**, pelo companheirismo, palavras e por tornarem o trabalho mais doce e feliz.

À prefeita de São João do Arraial **Vilma Lima**, por toda ajuda.

À Casa de Caminho, em nome do **Diretor Edson Araújo** e ao Centro POP, em nome do **Diretor Valmir Alexandrino** por toda ajuda, recepção e por disponibilizar as dependências das instituições para a condução deste estudo e a toda a equipe de profissionais pela convivência alegre e respeitosa.

A todos que por um breve momento deixei de mencionar diretamente, mas que fizeram parte de minha vida e contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desta etapa, **muito obrigado!**

O Menino e a Estrela-do-Mar

Era uma vez, um escritor, que morava numa praia tranquila, junto a uma colônia de pescadores. Todas as manhãs ele passeava à beira-mar, para se inspirar, e de tarde ficava em casa, a escrever. Um dia, ao caminhar pela praia, ele viu um vulto que parecia dançar. Quando chegou perto, era um jovem a pegar nas estrelas-do-mar que estavam na areia, uma por uma, e a mandá-las de volta ao oceano.

Por que é que tu estás a fazer isso? Perguntou o escritor. Você não vê? – Disse o jovem. - A maré está baixa e o sol está a brilhar. Elas vão secar ao sol e morrer, se ficarem aqui na areia. – Meu jovem, existem milhares de quilômetros de praia por esse mundo fora e centenas de milhares de estrelas – do – mar, espalhados pelas praias. Que diferença faz? Tu atiras umas poucas de volta ao oceano, mas a maioria vai perecer de qualquer forma.

O jovem pegou numa estrela na areia, atirou-a de volta ao oceano, olhou para o escritor e disse:

- Para esta, eu fiz a diferença.

Naquela noite, o escritor não conseguiu dormir nem sequer conseguiu escrever. De manhãzinha, foi para a praia, reuniu-se ao jovem e juntos começaram a atirar estrelas-do-mar de volta ao oceano”.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Análise descritiva do perfil sociodemográfico dos participantes do estudo..	32
Tabela 2: Análise descritiva do perfil de saúde bucal da amostra.....	33
Tabela 3: Tabela de distribuição das pontuações nas dimensões do OHIP-14.....	34
Tabela 4: Medidas de tendência central e de variabilidade do perfil clínico bucal da amostra.....	34
Tabela 5: Análise bivariada para associação entre os domínios e escore total do instrumento OHIP-14 com variáveis socioeconômicas e demográficas, histórico de saúde bucal e desordens bucais.....	37
Tabela 6: Análise múltipla para associação entre os domínios e escore total do instrumento OHIP-14 com variáveis socioeconômicas e demográficas, histórico de saúde bucal e desordens bucais.....	41

LISTAS DE ABREVIATURA E SIGLAS

- CPI- Índice Periodontal Comunitário
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CPOD – Número de dentes cariados, perdidos e obturados
- OHIP- *Oral Health Impact Profile*
- ONU- Organização das Nações Unidas
- PSR- População em Situação de Rua
- PUFA – Comprometimento pulpar, ulceração, fístula, abscesso
- QVRSB- Qualidade de Vida Relacionada a Saúde Bucal
- SEAS- Serviço Especializado em Abordagem Social
- SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFPI – Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	13
3. REFERÊNCIAS.....	23
4. ARTIGO.....	25
4.1 Resumo	27
4.2 Abstract	28
4.3 Introdução	29
4.4 Materiais e Métodos	30
4.5 Resultados	34
4.6 Discussão	44
4.7 Conclusão	49
4.8 Conflito de Interesses	49
4.9 Referências	50
APÊNDICE 1: Pless Release	56
APÊNDICE 2 Produção Intelectual durante o mestrado	58
APÊNDICE 3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	64
APÊNDICE 4 Formulário Socioeconômico e Demográfico	65
APÊNDICE 5 Ficha de Exame Clínico	66
APÊNDICE 6 Ficha de Exame de Exame Periodontal	67
ANEXO 1 Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	68
ANEXO 2 Questionário OHIP-14.....	74
ANEXO 3 Author Guidelines – Quality of life Research.....	75
ANEXO 4 Normatização Técnica.....	86

RESUMO

A população em situação de rua é um grupo heterogêneo, de pobreza absoluta que utiliza a rua como espaço de moradia e sustento. Este estudo transversal determinou o impacto da condição bucal na qualidade de vida relacionada a saúde bucal da população em situação de rua. Realizado entre janeiro a outubro de 2018, participaram do estudo 176 frequentadores do Centro de Referência Especializado para População de Rua em Teresina (PI). Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI (parecer 2.100.121). Foram coletadas informações sociodemográficas e sobre uso de drogas. O impacto da condição bucal na qualidade de vida foi verificado pelo OHIP-14. Exame clínico avaliou cárie dentária (CPOD), doença periodontal (CPI) e as consequências da cárie não tratada (PUFA). Os exames foram realizados por único examinador ($Kappa \geq 0,7$). O alfa de Cronbach estimou a confiabilidade do OHIP-14 (valor 0,782). Foi realizada análise descritiva dos dados e regressão de Poisson com variância robusta no método stepwise. Valores de $p < 0,05$ foram consideradas como significativas. A maioria dos participantes eram homens (86,4%), entre 30 a 43 anos (52,2%). O CPOD médio foi 11(DP \pm 6,9), PUFA total 1,2(DP \pm 2,2). Quanto ao CPI, 1,1% estava hígido, 8,5%, 88,6% e 1,7% apresentaram sangramento, cálculo e bolsa $>3,5$ mm, respectivamente. O escore total médio do OHIP-14 foi 18,9(DP \pm 11,1), os impactos negativos mais percebidos foram desconforto psicológico 3,9(DP \pm 2,4), dor física 3,4(DP \pm 2,1) e incapacidade psicológica 3,1(DP \pm 2,1). A maior prevalência de impacto negativo relacionado à saúde bucal esteve associada ao sexo feminino 1,4(DP \pm 1,1-1,7), baixa escolaridade 2,0(DP \pm 1,3-3,0), cárie 1,6(DP \pm 1,1-2,6), fístula 1,9(DP \pm 1,3-3,1), exodontia 2,3(DP \pm 1,1-5,0), sangramento gengival 1,7(DP \pm 1,1-2,7), cálculo dental 1,8(DP \pm 1,3-2,5) e bolsas periodontais >3 mm 1,5(DP \pm 1,1-2,0). As más condições de saúde bucal afetaram negativamente a qualidade de vida das pessoas em situação de rua, sendo mais um dos desafios sociais e de saúde enfrentados por esta população. O atendimento odontológico deve ser melhor integrado aos serviços de apoio a população em situação de rua.

Palavras – chave: Saúde bucal, Qualidade de vida, População em situação de rua;

2. REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicos *PubMed-Medline*, *Scielo* e *Portal da Capes* e busca direta em revistas da área. Para o primeiro tópico a busca foi realizada utilizando-se os descritores “*homeless persons*” e “*oral health*”. Os resultados foram filtrados por data (apenas artigos dos últimos 10 anos). No segundo tópico os descritores foram “*oral health*”, “*homeless persons*” e “*quality of life*”. Sistema de busca avançada (“AND”/“OR”) foi utilizado para filtrar os artigos relacionados ao tema. Não houve restrição de data e idioma. Foram selecionados 10 e 9 artigos para compor cada tópico, respectivamente. Os artigos estão descritos em ordem cronológica de publicação, de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI.

2.1 População em situação de rua e Saúde bucal

Silveira e Stanke (2008), em estudo transversal, descreveram a condição e a representação da saúde bucal entre um grupo de 15 moradores de rua de Blumenau - SC sendo 12 homens e 3 mulheres, que frequentavam a instituição filantrópica CEFAC (Centro Espírita Fé, Amor e Caridade). Para verificar a condição de saúde bucal, foi realizado o exame clínico, seguido de profilaxia e orientação em saúde bucal para os participantes da pesquisa. Verificou-se o CPO-D, doença periodontal (profundidade de sondagem de bolsas – IPV), uso de prótese e lesões bucais. A condição de saúde bucal encontrada foi precária, revelando grande mutilação. Todos que possuíam dentes apresentaram bolsa periodontal, mas a maioria não percebe cárie ativa e apresentavam história de dor. As principais queixas foram traumatismos por acidente ou violência, dificuldade de acesso à escova dental e fio dental e conseqüentemente falta de higiene bucal. A condição de saúde bucal encontrada no grupo foi precária, percebendo-se aceitação ou naturalização dessa condição condizente com a situação de exclusão social.

Baggett *et al.* (2010) avaliaram a prevalência e os preditores de necessidades não atendidas para 5 tipos de serviços de saúde em uma amostra nacional do distrito de Colômbia e Porto Rico com adultos em situação de rua. Foram analisados os dados de 966 entrevistados adultos para o inquérito aos cuidados de saúde de 2003 para usuários desabrigados. Setenta e três por cento dos

entrevistados relataram pelo menos uma necessidade de saúde não tratada, tais como incapacidade de obter cuidados médicos ou cirúrgicos necessários (32%), prescrição de medicamentos (36%), cuidados de saúde mental (21%), oftalmologista (41%) e atendimento odontológico (41%). A população em situação de rua relatou grandes necessidades e insatisfação para vários tipos de cuidados de saúde, assim a facilidade aos serviços de saúde pode melhorar o acesso aos cuidados de saúde para adultos em situação de rua, mas também será necessário abordar desafios únicos e inerentes a este grupo.

Hill e Rimington (2011), estudo transversal avaliaram as necessidades de saúde bucal em unidades odontológicas para população em situação de rua em Londres, Cardiff e Glasgow e um abrigo para desabrigados em Birmingham no Reino Unido, a fim de permitir recomendações para a prestação de serviços para este grupo socialmente excluído. Dois questionários foram preenchidos, um pela população em situação de rua sobre seu histórico médico, suas razões para viver na rua e o uso de drogas e outro pelos membros da equipe odontológica com questões sobre atitudes dos profissionais da área da odontologia para trabalhar com esta população, tratamentos realizados e futuro da odontologia para população em situação de rua. Vinte e sete adultos participaram da entrevista dos quais 22 sob tratamento odontológico. Observou-se que a saúde bucal da população em situação de rua é pobre, e que necessitam de tratamento odontológico. O uso do serviço odontológico por pessoas é baixo. O método mais adequado para tratamento odontológico de acordo com equipe era um serviço dedicado a esse grupo, mas havia um grupo de pacientes que defendiam o serviço odontológico geral e outro grupo defendiam as clínicas odontológicas dedicadas a esta população.

Sfeatcu *et al.* 2011, avaliaram através de um estudo transversal a saúde bucal e necessidades de tratamento entre pessoas institucionalizadas em um centro para sem-teto na cidade de Bucareste que funciona como abrigo noturno e diurno e oferece cuidados médicos. Foram estudados 51 adultos, que possuem elevada necessidade de tratamento e falta de acesso ao tratamento odontológico. Os participantes reponderam um questionário sobre fatores de risco para a saúde e foi realizado exame bucal para experiência de cárie e índice de placa. Os resultados mostraram que o estado de saúde bucal dos sujeitos é precário, a higiene bucal é

pobre e estão expostos a fatores de risco para doenças orais e sistêmicas como fumo, álcool, dieta, higiene precária e histórico de câncer.

Figueiredo, Hwang, Quiñonez (2013), em estudo transversal avaliaram o estado de saúde bucal da população em situação de rua de Toronto, Canadá a fim de descrever como eles percebem a sua própria saúde bucal e correlacionar a presença da doença oral com a condição de desabrigado e desemprego. Foram selecionados 191 adultos de 18 abrigos. O questionário auto-aplicado e exame clínico bucal foram realizados. A média do CPOD foi de 14,4 (DP = $\pm 8,1$). Apenas 32% da amostra havia visitado um dentista no último ano, 75% acreditavam que não ter boas condições de saúde bucal e 40% tinham a última consulta odontológica para atendimento de urgência. Ao exame clínico observou-se que 88% necessitaram de restaurações, 70% de tratamento periodontal, 60% de prótese e 40% de tratamento de emergência. A população em situação de rua de Toronto apresentou saúde bucal deficiente, necessidades de tratamento e falta de acesso ao atendimento odontológico.

Pereira, Oliveira e Lunet (2014) descreveram a prevalência de cárie e comportamentos relacionados à saúde bucal em uma amostra de adultos em situação de rua da cidade do Porto, Portugal. Foram convidados 196 frequentadores de dois abrigos temporários, dos quais 42 recusaram a participar. Um questionário foi aplicado para obter dados sociodemográficos, comportamentais, de saúde geral e de saúde bucal. O exame clínico foi realizado para avaliar a história passada e presente de cárie e a presença de lesões orais. A média de cariados foi (4,2), perdidos (8,0) e obtutados (0,6). Esta população de indivíduos em situação de rua apresentou má saúde bucal, no que diz respeito à cárie e falta de dentes, resultando em alta necessidade de tratamento odontológico.

Em 2014, Van Hout e Hearne, exploraram e descreveram através de um estudo transversal as perspectivas dos usuários de drogas em relação à saúde bucal, conscientização sobre as complicações de saúde bucal causadas pelo álcool, cigarro, drogas, aceitação de serviços odontológicos e opiniões sobre serviços odontológicos para usuários de drogas e que estão em recuperação. Foram entrevistadas 15 pessoas em situação de rua em duas clínicas de reabilitação na Irlanda. Um questionário semiestruturado foi aplicado abordando os temas: acesso, entendimento do atendimento odontológico, saúde bucal, conscientização sobre câncer oral,

nutrição, uso de drogas, opiniões sobre saúde bucal ideal e prestação de serviços odontológicos para usuários de drogas e aqueles em recuperação. Muitos dos participantes relataram só procurar o dentista quando sentiam dor. Dentre as barreiras para o atendimento, foram citadas falta de plano de saúde, falta de dinheiro e problema com uso de drogas. As conclusões ilustram informações úteis para a prática privada e pública no desenvolvimento adicional de intervenções e tratamento de saúde bucal comunitária.

Coles e Freeman, em 2015, buscaram conhecer as necessidades de saúde bucal da população em situação de rua e como eles acessam os serviços de saúde bucal, utilizando a abordagem da teoria fundamentada de desconstrução e reconstrução. A pesquisa foi realizada utilizando a teoria fundamentada em quatro cidades da Escócia utilizando amostra intencional de PSR que utilizam serviços do serviço nacional de saúde, totalizando 34 entrevistas. As entrevistas focaram nas dificuldades que a população em situação de rua encontrava para manter uma boa saúde bucal e para acessar serviços de saúde bucal. Foi utilizada a teoria de desconstrução/reconstrução para justificar a saúde bucal da PSR, que passa por três momentos, iniciando com a desconstrução, quando ocorre a perda da preocupação com a saúde bucal, resultando na falta de higiene bucal, ausência de locais para realizá-la e pelo uso de drogas, além de não buscarem atendimento odontológico, devido à falta de um endereço fixo, falta de informação sobre o atendimento, e falta de dinheiro; seguido pela fase de construção, no qual a PSR passa a procurar atendimento odontológico em casos de dor aguda, considerado pelos autores uma tentativa de passar ao processo de reconstrução, na qual a saúde bucal volta a ter importância na vida dessa população, e os hábitos de higiene bucal e tratamentos odontológicos voltam a ser rotineiros.

Berglund, Westerling e Lytsy (2017), investigaram através de um estudo transversal sueco da pesquisa nacional de saúde pública se as pessoas sem apoio social, doenças em longo prazo, carga de cuidados, baixo poder socioeconômico se recusaram a buscar atendimento odontológico em maior proporção do que a população sueca em geral. Foram utilizados dados de pesquisas de saúde repetidas em todo o país durante 2004-2013 de um total de 90 845 pessoas. O questionário incluiu questões sobre características demográficas, suporte social, doença de longo

prazo, carga de cuidados, baixo poder socioeconômico e comportamento de busca de cuidados odontológicos. Na amostra total, 15,1% dos entrevistados relataram recusar-se a procurar cuidados odontológicos. A ausência de apoio social emocional ou de suporte social foi associada separadamente ao fato de não procurar cuidados odontológicos em modelos multivariados ajustados (odds ratio [OR] 1,26), intervalo de confiança de 95%. Ter uma doença de longo prazo foi associado a abster-se de buscar cuidados odontológicos em modelos ajustados (OR ajustado: 1,43, IC 95%: 1,35-1,51). Além disso, ser um cuidador informal foi associado a abster-se de procurar cuidados odontológicos (ajustado OR: 1,15, IC 95%: 1,07-1,23). O baixo poder socioeconômico foi associado a maior abstinência na busca de cuidados odontológicos. A associação mais forte foi com problemas financeiros (OR ajustado: 3,57, IC 95%: 3,19-4,00). Os efeitos da interação foram encontrados entre o nível de escolaridade e baixo poder socioeconômico, e entre apoio social e doença de longo prazo. As descobertas deste estudo implicam que não ter apoio social, ter doença crônica, ter problemas financeiros são fatores associados ao fato de se abster de procurar cuidados dentários, em termos populacionais.

Beaton, Coles, Freeman (2018), avaliaram as necessidades de saúde bucal e psicossocial de uma população de rua na Escócia em estudo transversal, afim de determinar os níveis de necessidades não atendidas e fornecer recomendações para uma melhoria da saúde bucal. Uma amostra de conveniência não probabilística de moradores de rua foi coletada. Todos os participantes foram convidados a preencher um questionário que avaliava suas necessidades de saúde e psicossociais, ansiedade odontológica e qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Os participantes apresentaram uma pontuação média de experiência de cárie através dos componentes cariado em nível de dentina e cavidade visual, perdido e obturado de 16,9 (IC 95%: 16,3, 17,6). A ansiedade dentária foi alta, como fobia odontológica (20%). Os participantes com maior ansiedade dentária apresentaram maior número médio de dentes obturados do que aqueles com menor ansiedade dentária ($t = -2,9$, $p < 0,05$). Os impactos de qualidade de vida na saúde bucal mais comuns foram dor e desconforto físico durante a alimentação, experimentados ocasionalmente por 31% e 27% dos entrevistados. Cinquenta e oito por cento dos participantes apresentaram uma doença depressiva, e maior número de cárie ($t = -4,3$, $p < 0,05$). A população em situação de rua da Escócia necessita de um atendimento odontológico mais acessível

do que o disponível atualmente, assim as necessidades de saúde bucal e psicossociais dessa população serão atendidas, melhorando a saúde bucal e qualidade de vida desta população.

2.2. População em situação de rua e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal

A percepção da população em situação de rua sobre sua saúde bucal e o impacto que as condições bucais e o tratamento odontológico, tinham sobre a qualidade de vida foram analisados em estudo prospectivo realizado por Gibson et al. (2008). Cento e doze desabrigados completaram o questionário auto-relatado de qualidade de vida e saúde bucal auto-avaliada, e quarenta e oito completaram o questionário para avaliar índice geral de avaliação da saúde bucal. Os resultados incluíram medidas de qualidade de vida geral, bucal e estado funcional. O auto-relato individual de saúde bucal e o índice geral de avaliação da saúde bucal foram avaliados no início e após o tratamento. Houve declínio quanto as percepções da população em situação de rua sobre sua saúde física e mental ao longo do tratamento. Os desabrigados selecionados para atendimento odontológico melhoraram na auto-avaliação de saúde bucal ao contrário dos pacientes que receberam apenas atendimento odontológico de urgência. Houve melhora na saúde bucal percebida da população em situação de rua que estavam há mais tempo na rua, após receber tratamento odontológico.

Em 2009, Richards e Keauffling em um estudo transversal quantificaram como as doenças bucais afetam a vida da população em situação de rua e vulneráveis na cidade de Swansea no Reino Unido. O estudo foi realizado em um centro de vida saudável, utilizando –se um questionário sobre dados demográficos, de saúde bucal e OHIP-14. Os impactos mais relatados foram problemas com dor de dente, desconforto, capacidade de relaxar e sentir vergonha sobre a aparência dos dentes. O levantamento mostrou maior prevalência de impactos na saúde bucal neste grupo. Para além dos fatores físicos, devem ser considerados fatores psicossociais, no que se refere à aparência, deficiência psicológica e ao desconforto, no desenvolvimento de serviços.

Daly *et al.* (2010), buscaram determinar através de um estudo transversal o estado de saúde bucal, as necessidades de tratamentos, avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal utilizando o OHIP-14 e explorar a possível associação entre o estado de saúde bucal e a QVRSB na população em situação de rua. Uma amostra de conveniência composta por 102 pessoas foi extraída de oito abrigos para pessoas sem-teto no sudeste de Londres. A idade média foi de 39,5 (DP +/- 12,3) e 92% (n = 92) eram homens. O CPOD (n = 94) foi de 15,5 (DP +/- 7,6). Setenta e seis por cento apresentavam necessidades restauradoras, 80% orientação de higiene bucal e tratamento periodontal, 38% tratamento protético. Noventa e um por cento dos sem-abrigo experimentaram pelo menos um impacto e o número médio de impactos (n = 90) foi de 5,9 (DP +/- 4,8). Os impactos de qualidade de vida relacionados à saúde bucal mais comuns foram na dimensão de dor (65%) e desconforto ao comer alimentos (62%), 44% sentiram-se prejudicados pelas condições bucais. A experiência do impacto negativo na condição bucal teve apenas uma ligeira relação com o estado clínico e não houve diferenças no estado clínico ou impacto oral pela vulnerabilidade da situação habitacional. As necessidades de cuidados de saúde bucal foram extensas e maiores do que as necessidades de saúde bucal da população geral no Reino Unido, embora os níveis de doença fossem semelhantes. Enquanto a população em situação de rua experimentou muitos outros impactos orais em comparação com adultos da mesma idade na população geral no Reino Unido, houve apenas leve relacionamento com o estado clínico e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Coles *et al.* (2011) através de estudo transversal, determinaram o efeito do estado de saúde bucal, ansiedade dental e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHIP- 14) sobre a experiência de depressão de pessoas em situação de rua, na Escócia. Os 853 participantes preencheram o questionário OHIP - 14 e foi realizado um exame clínico para avaliar cárie. Foi realizada análise de correlação de Pearson para variáveis. A depressão na população em situação de rua está relacionada ao estado de saúde bucal e aos fatores relacionados à saúde bucal. Dentes cariados e perdidos podem influenciar a depressão, principalmente através das construções psicológicas do OHIP - 14 e, em menor grau, da ansiedade dental.

Hubley, Palepu, Hwang (2012) conduziram revisão de literatura sobre a subjetividade da qualidade de vida em indivíduos sem residência, com foco nas diferenças da qualidade de vida entre a população em situação de rua e população em geral, na situação de habitação, associado a características demográficas, saúde física, mental e variáveis externas como o tipo de programa de serviço. Buscou-se estudos relevantes entre janeiro de 1981 a agosto de 2011 nos bancos de dados on-line PubMed e PsycInfo. Embora essa revisão tenha demonstrado que indivíduos sem residência tendem a ter níveis mais baixos de qualidade de vida em comparação com a população geral ou indivíduos alojados, foi identificado que a compreensão atual das relações entre qualidade de vida e várias variáveis demográficas, de saúde e outras variáveis são informações limitadas. Mais estudos sobre as relações entre população em situação de rua e qualidade de vida são necessários para ajudar pesquisadores, prestadores de serviços e formadores de políticas a abordar as necessidades dessa população e examinar formas de intervenções para acabar com essa situação e melhorar a saúde entre estes indivíduos.

Ford *et al.* (2014) determinaram os impactos na saúde bucal e na qualidade de vida geral da população em situação de rua. Uma amostra de conveniência de 58 adultos foi avaliada usando OHIP – 14 e a Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde de 26 itens - versão curta. Um subconjunto (n = 34) também foi submetido a exame dental. Os participantes desse estudo eram jovens, propensos a ser indígenas, fumavam diariamente e evitavam cuidados odontológicos devido ao custo do que o restante da população. Todos os participantes apresentaram pelo menos uma necessidade restauradora, periodontal e cirúrgico, sendo o tratamento restaurador mais prevalente. Não houve associação entre as condições bucais e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHIP-14 score total) ou qualidade de vida geral (WHOQOL -BREF). A população em situação de rua relatou maiores impactos odontológicos na saúde bucal quando comparados aos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal da população adulta da Austrália de 2004-2006. A qualidade de vida geral foi mais baixa do que o restante da população e a necessidade de tratamento foi associada a maiores impactos na saúde bucal. A má saúde bucal é prevalente e afeta negativamente a qualidade de vida, mas é apenas uma das diversas dificuldades sociais complexas que esse grupo enfrenta. O atendimento

odontológico deve ser melhor integrado nos serviços de apoio a população em situação de rua.

Coles e Freeman, realizaram em 2015 um estudo transversal onde buscaram conhecer as necessidades de saúde bucal da população em situação de rua e como eles acessam os serviços de saúde bucal, utilizando a abordagem da teoria fundamentada de desconstrução e reconstrução. A pesquisa foi realizada utilizando a teoria fundamentada em quatro cidades da Escócia utilizando amostra intencional de PSR que utilizam serviços do serviço nacional de saúde, totalizando 34 entrevistas. As entrevistas focaram nas dificuldades que a população em situação de rua encontrava para manter uma boa saúde bucal e para acessar serviços de saúde bucal. Foi utilizada a teoria de desconstrução/reconstrução para justificar a saúde bucal da PSR, que passa por três momentos, iniciando com a desconstrução, quando ocorre a perda da preocupação com a saúde bucal, resultando na falta de higiene bucal, ausência de locais para realizá-la e pelo uso de drogas, além de não buscarem atendimento odontológico, devido à falta de um endereço fixo, falta de informação sobre o atendimento, e falta de dinheiro; seguido pela fase de construção, no qual a PSR passa a procurar atendimento odontológico em casos de dor aguda, considerado pelos autores uma tentativa de passar ao processo de reconstrução, na qual a saúde bucal volta a ter importância na vida dessa população, e os hábitos de higiene bucal e tratamentos odontológicos voltam a ser rotineiros.

Ozhayat, Ostergaard e Gotfredsen (2016) investigaram e descreveram através de um estudo transversal a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) em um grupo de pessoas com risco social, comparado com outros grupos de pacientes frequentadores de uma clínica particular. Participaram 294 pessoas em risco social que frequentavam uma clínica voluntária em Copenhague, Dinamarca que preencheram o questionário OHIP-14. A pontuação foi significativamente maior do OHIP-14 no grupo socialmente ameaçado em comparação com o controle e o grupo com perda dentária prestes a receber uma prótese dental fixa. Problemas relacionados à deficiência psicológica, deficiência social e deficiência foram mais frequentes no grupo social em risco do que para o outro grupo. Os itens dor, tensão, dieta, relaxamento, vida e função se destacaram como problemas no grupo socialmente ameaçado em comparação com o outro grupo. A qualidade de vida relacionada à saúde bucal é altamente prejudicial às pessoas socialmente ameaçadas

e com grande perda de dentes prestes a receber uma protese removível. Os problemas parecem ser mais prejudiciais na população de risco em comparação com outro grupo de pacientes conhecidos por ter alto comprometimento.

3. REFERÊNCIAS

Baggett TP, O'Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: a national study. *Am J Public Health*. 2010 Jul;100(7):1326-33.

Berglund E, Westerling R, Lytsy P. Social and health-related factors associated with refraining from seeking dental care: A cross-sectional population study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017 Jun;45(3):258-265.

Beaton L, Coles E, Freeman R. Homeless in Scotland: An Oral Health and Psychosocial Needs Assessment. *Dent.J.*2018; 67 (6).

Coles E, Chan K, Collins J, Humphris GM, Richards D, Williams B, Freeman R. Decayed and missing teeth and oral-health-related factors: predicting depression in homeless people. *J Psychosom Res*. 2011 Aug;71(2):108-12.

Coles E, Freeman R. Exploring the oral health experiences of homeless people: a deconstruction-reconstruction formulation. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015 Feb;44(1):53-63.

Daly B, Newton T.; Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dent Oral Epidemiol*. Janeiro. 2010.38(2).136-44.

Figueiredo RL, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *J Public Health Dent*. 2013 Winter;73(1):74-8.

Ford PJ, Cramb S, Farah CS. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Aust Dent J*. 2014 Jun;59(2):234-9.

Gibson G, Reifensahl EF, Wehler CJ, Rich SE, Kressin NR, King TB, Jones JA. Dental treatment improves self-rated oral health in homeless veterans--a brief communication. *J Public Health Dent*. 2008 Spring;68(2):111-5.

Hill KB, Rimington D. Investigation of the oral health needs for homeless people in specialist units in London, Cardiff, Glasgow and Birmingham. *Prim Health Care Res Dev.* 2011 Apr;12(2):135-44.

Hublely A, Russell L, Palepu A, Hwang S. Subjective Quality of Life Among Individuals who are Homeless: A Review of Current Knowledge, *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement.* 2014; 115(1);509-524.

Ozhayat EB, Ostergaard P, Gotfredsen K. Oral health-related quality of life in socially endangered persons in Copenhagen, Denmark. *Acta Odontol Scand.* 2016 Nov;74(8):620-625.

Pereira M, Oliveira L, Lunet N. Caries and oral health related behaviours among homeless adults from Porto, Portugal. 2014;12(2):109-16.

Richards W, Keauffling J. Homeless who accessed a healthy living centre in Swansea, South Wales: an assessment of the impact of oral ill-health. *Prim Dent Care.* 2009 Jul;16(3):94-8.

Sfeatcu R, Dumitrache A, Dumitraşcu L, Lambescu D, Funieru C, Lupuşoru M. Aspects of oral and general health among a community center for the underserved. *J Med Life.* 2011 May 15;4(2):168-71.

Silveira JLGC, Stanke R. Condição e representações da saúde bucal entre os sem-teto do município de Blumenau – Santa Catarina. *Ciências & Cognição* 2008;(13): 02-11.

Van Hout MC, Hearne E. Oral health behaviours amongst homeless people attending rehabilitation services in Ireland. *J Ir Dent Assoc.* 2014 Jun-Jul;60(3):144-9.

4. ARTIGO

Artigo formatado de acordo com as normas do periódico
“ Quality of life Reseach”

Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida da População em Situação de Rua.

Raíssa Marielly Parente Bernardino¹; Regina Ferraz Mendes ²

1. Cirurgião-Dentista, Aluna do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

2. Cirurgiã-Dentista, Doutora em Dentística. Professora Titular do Departamento de Odontologia Restauradora e do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

Autor correspondente:

Regina Ferraz Mendes

Departamento de Odontologia Restauradora

Universidade Federal do Piauí

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella

Bloco 10, Bairro Ininga, 64049-550, Teresina - Piauí – Brasil

Telefone: (+55 86) 3237 1517 / 99982 4947

e-mail: regina@ufpi.edu.br

4.1 Resumo

Objetivo: Determinar o impacto da condição bucal e das variáveis sociodemográficas na qualidade de vida relacionada a saúde bucal da população em situação de rua. *Métodos:* Realizado entre janeiro a outubro de 2018, participaram do estudo 176 frequentadores do Centro de Referência Especializado para População de Rua em Teresina (PI). Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI (parecer 2.100.121). Foram coletadas informações sociodemográficas e sobre uso de drogas. O impacto da condição bucal na qualidade de vida foi verificado pelo OHIP-14. Exame clínico avaliou cárie dentária (CPOD), doença periodontal (CPI) e as consequências da cárie não tratada (PUFA). Os exames foram realizados por único examinador ($Kappa \geq 0,7$). O alfa de Cronbach estimou a confiabilidade do OHIP-14 (valor 0,782). Foi realizada análise descritiva dos dados e regressão de Poisson com variância robusta no método stepwise. Valores de $p < 0,05$ foram consideradas como significativas. *Resultados:* A maioria dos participantes eram homens (86,4%), entre 30 a 43 anos (52,2%). O CPOD médio foi 11(DP \pm 6,9), PUFA total 1,2(DP \pm 2,2). Quanto ao CPI, 1,1% estava hígido, 8,5%, 88,6% e 1,7% apresentaram sangramento, cálculo e bolsa $>3,5$ mm, respectivamente. O escore total médio do OHIP-14 foi 18,9(DP \pm 11,1), os impactos mais percebidos foram desconforto psicológico 3,9(DP \pm 2,4), dor física 3,4(DP \pm 2,1), incapacidade psicológica 3,1(DP \pm 2,1). A maior prevalência de impacto negativo relacionado à saúde bucal esteve associada ao sexo feminino 1,4(DP \pm 1,1-1,7), baixa escolaridade 2,0(DP \pm 1,3-3,0), cárie 1,6(DP \pm 1,1-2,6), fístula 1,9(DP \pm 1,3-3,1), exodontia 2,3(DP \pm 1,1-5,0), sangramento gengival 1,7(DP \pm 1,1-2,7), cálculo dental 1,8(DP \pm 1,3-2,5) e bolsas periodontais >3 mm 1,5(DP \pm 1,1-2,0). *Conclusões:* As más condições de saúde bucal afetaram negativamente a qualidade de vida das pessoas em situação de rua, sendo mais um dos desafios sociais e de saúde enfrentados por esta população. O atendimento odontológico deve ser melhor integrado aos serviços de apoio a população em situação de rua.

4.2 Abstract

Objective: To determine the impact of the oral condition on the quality of life related to the oral health of the street population. Methods: Conducted between January and October 2018, with a random sample of 176 attendees from the Specialized Reference Center for Street Population in Teresina (PI). Approved by the Research Ethics Committee of the UFPI (opinion 2,100,121). Sociodemographic and drug use information were collected. The impact of the oral condition on quality of life was verified by OHIP-14. Clinical examination evaluated dental caries (DMFT), periodontal disease (CPI) and the consequences of untreated caries (PUFA). The examinations were performed by single examiner ($Kappa \geq 0.7$). Cronbach's alpha estimated the reliability of OHIP-14 (value 0.782). Descriptive data analysis and Poisson regression with robust variance were performed in the stepwise method. The magnitude of the association was evaluated by the ratio of unadjusted and adjusted rates (RT), confidence intervals (95% CI). Values of $p < 0.05$ were considered significant. Results: The majority were male (86.4%), between 30 and 43 years old (52.2%). The mean DMFT was 11 (SD \pm 6.9), total PUFA 1.2 (SD \pm 2.2). Regarding CPI, 1.1% were healthy, 8.5%, 88.6% and 1.7% presented bleeding, calculus and bag $>$ 3.5 mm, respectively. The mean total OHIP-14 score was 18.9 (SD \pm 11.1); the most perceived impacts were psychological discomfort 3.9 (SD \pm 2.4), physical pain 3,4 (SD \pm 2.1), psychological disability 3.1 (SD \pm 2.1). The highest prevalence of negative impact related to oral health was associated with female 1.4 (SD \pm 1.1-1.7), low educational level 0.8 (SD \pm 0.6-0.9), caries 1, 5 (DP \pm 1.1-2.3), fistula 2.4 (DP \pm 1.5-3.8), 2.7 (DP \pm 1.2-6.2), gingival bleeding 1.9 (DP \pm 1.3-2.8), dental calculus 2.1 (DP \pm 1.7-2.6) and periodontal pockets $>$ 3mm 1.7 (SD \pm 1.2-2.5). Conclusions: Poor oral health conditions negatively affected the quality of life of people living on the streets.

4.3 Introdução

A população em situação de rua é um grupo heterogêneo, de pobreza absoluta, com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, que utilizam os logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória[1]. Esse grupo está sujeito à discriminação e estigma social por conta da identidade construída com a ausência de um lar, sendo resilientes na luta pela sobrevivência, moradia e dignidade[2].

É consenso que a condição socioeconômica e saúde estão estreitamente relacionados. Características sociais, culturais, políticas, fatores ambientais e comportamentais são considerados primordiais para o bem-estar das pessoas e são determinantes para autocuidado e agravos bucais afetam a qualidade de vida relacionada a saúde bucal [5,6]. A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) é fundamental para percepção subjetiva das pessoas relacionada à autoimagem, a preocupação com as necessidades e busca por cuidados odontológicos[4].

A literatura revela que condições bucais como altas prevalências de doenças orais, como cárie dentária não tratada, dentes ausentes, doença periodontal, patologia oral e a falta de cuidados dentários regulares impactam a QVRSB e é uma preocupação entre as pessoas em situação de rua pois podem afetar a QVRSB [7,8].

Assim, é importante avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde bucal (QVRSB), pois poderão servir de suporte para informar, planejar ações públicas que possam contribuir para erradicar as disparidades de saúde bucal [9]. Este estudo tem por objetivo determinar o impacto da condição bucal e das variáveis sociodemográficas na QVRSB da população em situação de rua.

4.4 Materiais e Métodos

4.4.1 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí e aprovado sob parecer número nº 2.100.121. A pesquisa foi conduzida de acordo com a Declaração de Helsinki e diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde [10] (BRASIL, 2012). Foi obtido consentimento livre e esclarecido por escrito dos participantes do estudo.

4.4.2 Desenho do estudo e População

Estudo transversal realizado entre janeiro a outubro de 2018, tendo como participantes a população em situação de rua frequentadora do Centro de referência especializado para população em situação de rua (Centro POP), no município de Teresina-PI, Brasil. O Centro POP constitui-se em uma unidade de referência da Proteção Social Especial (PSE) de Média Complexidade, de natureza pública e estatal. Volta-se especificamente para o atendimento especializado à população em situação de rua devendo ofertar, obrigatoriamente, vivências para alcance da autonomia, estimulando, além disso, organização, a mobilização e a participação social. [11]. Em funcionamento desde 2011, este centro presta assistência a população em situação de rua com acompanhamento de psicólogo, assistente social, desenvolve oficinas e promove a distribuição de ficha para alimentação, itens de higiene pessoal, disponibilizam banheiros e guarda pertences.

Em 2010, Teresina apresentava uma população de 814.230 habitantes [12]. O IDH (Índice de desenvolvimento humano) da cidade é 0,751. De acordo com os dados do levantamento do Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS) e atendimentos do Centro POP, em 2014 foram identificadas 247 pessoas em situação de rua [13], sendo este o dado mais atual da população em situação de rua de Teresina, visto que o constante deslocamento e a falta de moradia dificultam a realização de censos.

A amostra do estudo foi de conveniência e não aleatória em que 220 indivíduos que frequentaram o centro POP de janeiro a outubro de 2018 foram convidados a participar do estudo. Foram incluídos no estudo os maiores de 18 anos, capazes de compreender e responder às perguntas. Foram considerados não

elegíveis para o estudo os indivíduos que apresentaram comportamentos que inviabilizavam a realização dos exames e colocasse em risco segurança do pesquisador e auxiliares em risco e indivíduos com deficiência auditiva ou dificuldade de verbalização.

4.4.3 Exercício de calibração

A calibração consistiu em duas etapas. A primeira foi teórica com duração de 8 horas. Nela foram apresentados os critérios clínicos para detecção das condições bucais (consequências clínicas da cárie não tratada, experiência de cárie, índice periodontal comunitário). Casos clínicos foram discutidos em conjunto com um segundo examinador [14].

A segunda etapa foi a calibração prática inter e intra-examinador. Foram examinados adultos previamente selecionadas que possuíam uma das características clínicas a serem estudadas. Estes não participaram do estudo, e foram reavaliadas 14 dias depois [14]. O valor de kappa interexaminador para consequências clínicas da cárie não tratada foi 1,0, experiência de cárie 0,9, índice periodontal comunitário 0,6. O valor de kappa intra-examinador foi de 1,0 para consequências clínicas da cárie não tratada, 0,8 para experiência de cárie e 0,6 índice periodontal comunitário.

4.4.4 Estudo Piloto

Previamente ao estudo principal foi realizado um estudo piloto com 20 adultos em situação de rua frequentadores do albergue casa de caminho, com a finalidade de testar e avaliar a metodologia proposta para realização do estudo. Os participantes do estudo piloto foram incluídos no estudo principal, pois não houve necessidade de alterações na metodologia ou nos instrumentos de coleta de dados e também eram frequentadores do centro pop.

4.4.5 Coleta de Dados

As entrevistas e os exames clínicos foram realizados em sala reservada no Centro POP, em turnos e horários agendados junto à instituição entre janeiro e outubro de 2018. Após assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (Apêndice3), foi realizada palestra educativa sobre saúde bucal e kit de higiene bucal

(creme dental, escova e fio dental) foram doados para realizar escovação supervisionada previamente ao exame clínico.

4.4.5.1 Dados Clínicos

O exame clínico foi realizado em posição simplificada sob luz artificial por um único examinador (examinador e participante ficavam sentados frente a frente), previamente treinado, calibrado e utilizando equipamentos de proteção individual. Utilizou-se espelho bucal plano, sonda exploradora (Duflex, SS White, Rio de Janeiro, RJ, Brazil) e sonda periodontal preconizada pela OMS (WHO-621, Trinity, Campo Mourão, PA, Brazil) [14].

Para avaliar a experiência com cárie dentária foi aplicado o índice epidemiológico CPO-D (dentes permanentes cariados, extraídos e obturados) que possibilita expressões quantitativas da prevalência de cárie dentária. Ao final, o índice foi dicotomizado em presença (CPO-D>0) e ausência (CPO-D=0) de experiência de cárie. Presença e ausência de dentes cariados (cárie>0 ou cárie=0); presença e ausência de dentes perdidos (perdido>0 ou perdido=0); presença e ausência de dentes obturados (obturado>0 ou obturado=0) [14].

Para avaliar as consequências clínicas da cárie não tratada por meio do índice PUFA, comprometimento pulpar (P) e ulceração (U), fístula (F), abscesso (A). Apenas uma pontuação foi atribuída por dente. Se mais de uma consequência clínica da cárie dentária fosse detectada para um dente, a condição mais grave era registrada. O abscesso foi considerado o mais grave, seguido de fístula, ulceração e envolvimento pulpar. A pontuação final do PUFA foi a soma dos dentes com esses envoltimentos [15].

Os dentes foram avaliados segundo a necessidade de tratamento em necessidade restauradora, protética, exodontia ou ausência de necessidade [16]. A avaliação da condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa periodontal foi analisada empregando o índice periodontal comunitário (CPI) [17].

4.4.5.1 Dados não-clínicos

Foram coletadas informações referentes a idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, recebimento de benefício do governo, e o uso de drogas por meio de uma ficha elaborada para essa finalidade.

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) foi medida pelo *Oral Health Impact Profile (OHIP-14)*, em sua versão reduzida e validada para o português do Brasil. O OHIP – 14 é um instrumento formado por 14 questões, abrangendo 7 domínios, limitação funcional : 1- problemas de pronúncia(pergunta 1) e paladar (pergunta 2), 2- dor física : dor (pergunta 3) e incômodo na alimentação (pergunta 4), 3- desconforto psicológico: desconforto com a condição bucal (pergunta 5) e tensão nervosa (pergunta 6), 4 - incapacidade física : alimentação prejudicada (pergunta 7) e interrupção de refeições (pergunta 8), 5- incapacidade psicológica: dificuldade de relaxamento (pergunta 9) e vergonha (pergunta 10), 6- incapacidade social: irritação com outras pessoas (pergunta 11) e dificuldade de fazer tarefas diárias (pergunta 12) e 7- desvantagem social: vida insatisfatória (pergunta 13) e incapacidade funcional (pergunta 14). Os domínios são formados a cada duas questões, apresentando valores mínimos por domínio de 0 e máximos 8 [18,19]. Desenvolvido originalmente para ser autoaplicado, neste estudo foi utilizado na forma de entrevista, pois as propriedades psicométricas do instrumento não sofrem alterações independentemente do método de aplicação[20,21,22,23]. Essa decisão foi tomada com a finalidade de eliminar limitações relacionadas à escolaridade e minimizar o número de questionários incompletos. O período de referência foram os últimos 12 meses. O questionário possui cinco opções de resposta que seguem a escala de frequência, codificada como nunca (0), raramente (1), às vezes (2), constante (3) e sempre (4), a soma das pontuações geram valores de 0 a 56. Quanto maior pontuação, pior a QVRSB [18]. Para minimizar a possibilidade do entrevistado lembrar apenas a primeira e última opção apresentados pelo entrevistador, recebiam um cartão com as 5 possíveis respostas digitadas e que foram lidas em voz alta [20].

4.4.3 Análise estatística

Os dados foram analisados usando *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, Chicago, IL, EUA.)*, Versão 20.0. O alfa de Cronbach (índice de consistência interna) foi utilizado para estimar a confiabilidade do OHIP-14. O valor de alfa de Cronbach encontrado foi 0,782, considerado aceitável. Na avaliação de validade do formulário, calculou-se o coeficiente de correlação intraclasse (ICC), tanto

para os domínios quanto para o escore total e encontrou-se valores entre 0,745 e 0,860, indicando boa correlação.

Foi realizada análise descritiva dos dados com os valores apresentados em frequências absolutas, porcentagens, média, mediana e desvio padrão, valores mínimo e máximo e percentis.

A regressão de Poisson com variância robusta no método stepwise foi utilizada para determinar as associações entre os domínios e escore total do OHIP-14 com as variáveis independentes. A magnitude da associação foi avaliada pela razão de taxas não-ajustadas e ajustadas (RT), intervalos de confiança (IC 95%), e valores de p. As variáveis com os valores de $p \leq 0,20$ na análise univariada foram incluídas na análise múltipla [24]. Apenas as variáveis com um valor de $p < 0,05$ permaneceram no modelo final.

4.5 Resultados

Foram convidados 210 indivíduos em situação de rua, com 176 aceitando participar e 44 rejeitando. Dessa forma o poder amostral corresponde a um poder de 75,0%. A média do impacto negativo na QVRSB de indivíduos com cárie (n=153) foi 19,5 (DP $\pm 11,3$) e média do impacto negativo na QVRSB de indivíduos sem cárie (n=23) foi 14,1 (DP $\pm 8,9$).

A tabela 1 descreve a análise descritiva do perfil sociodemográfico dos participantes deste estudo. Dentre os examinados, 86,4% eram do sexo masculino, 72,7% dos indivíduos em situação de rua estudaram menos de 8 anos e 66,5% eram usuários de drogas.

Tabela 1: Análise descritiva do perfil sociodemográfico de indivíduos em Situação de Rua (n=176). Teresina.Brasil.2019.

	n	%
Sexo		
Feminino	24	13,6
Masculino	152	86,4
Idade (em anos)		
Até 29	44	25,0
30 a 36	46	26,1
37 a 43	46	26,1
Acima de 44	40	22,8
Estado conjugal		
Casado/ união estável	11	6,3
Solteiro/Separado/Viúvo	165	93,7
Anos de estudo		
Até 8	128	72,7
Acima de 8	48	27,3
Recebe benefício do governo		
Não	114	64,8
Sim	62	35,2
Usa Drogas		
Não	59	33,5
Sim	117	66,5
Total	176	100,0

A tabela 2 apresenta a análise descritiva do perfil de saúde bucal e as necessidades de tratamento dos indivíduos em situação de rua. A maioria dos participantes apresentava experiência de cárie (98,9%), e as consequências clínicas da cárie dentária não tratada indicado pelo índice PUFA estiveram presentes em 42,0 % dos participantes, destes 33,0 % apresentavam ulceração. A maior parte dos participantes apresentou pelo menos uma necessidade de tratamento (98,3%), e 88,6% apresentavam cálculo dental. A média do CPOD foi 11,0 (DP $\pm 6,9$), de dentes cariados foi 3,3 (DP $\pm 3,2$), de perdidos foi 5,8 (DP $\pm 6,3$), de obturados foi 1,9 (DP $\pm 2,8$). A média de dentes do PUFA foi 1,3 (DP $\pm 2,2$), sendo uma média de 0,3 (DP $\pm 0,8$) dentes com envolvimento pulpar, 0,9 (DP $\pm 1,6$) dentes com ulceração e 0,1 (DP $\pm 0,2$) dentes com fistula.

Tabela 2: Análise descritiva do perfil de saúde bucal de indivíduos em Situação de Rua (n=176). Teresina. Brasil.2019.

	n	%
Cárie		

Sim	153	86,9
Não	23	13,1
Perdido		
Sim	152	86,4
Não	24	13,6
Obturado		
Sim	92	52,3
Não	84	47,7
Experiência de cárie		
Sim (CPOD >0)	174	98,9
Não (CPOD = 0)	2	1,1
Envolvimento pulpar		
Sim	29	16,5
Não	147	83,5
Ulceração		
Sim	58	33,0
Não	118	67,0
Fístula		
Sim	8	4,5
Não	168	95,5
Abscesso		
Sim	0	0,0
Não	176	100,0
Consequências clínicas da cárie dentária não tratada		
Sim (PUFA≠0)	74	42,0
Não (PUFA=0)	102	58,0
Necessidade de tratamento		
Sem necessidade	3	1,7
Tratamento Restaurador	12	6,8
Prótese	74	42,0
Exodontia	87	49,4
CPI		
Hígido	2	1,1
Sangramento	15	8,5
Cálculo	156	88,6
Bolsa acima de 3,5 mm	3	1,7
Total	176	100,0

A tabela 3 apresenta as medidas de tendência central do somatório das questões para os domínios e score total do instrumento. A média para cada domínio foi: limitação funcional ($\pm 2,0$), dor física ($\pm 2,1$), desconforto psicológico ($\pm 2,4$), incapacidade física ($\pm 2,1$), incapacidade psicológica ($\pm 2,1$), incapacidade social ($\pm 2,0$), desvantagem social ($\pm 2,2$). O score total apresentou uma média de 18,9 pontos, o menor score total foi 0 e maior foi 54, podendo este variar de 0 a 56.

Tabela 3: Distribuição das pontuações nas dimensões e escore total do OHIP-14 (n=176). Teresina. Brasil.2019.

Dimensões OHIP-14	Média (desvio padrão)	Mediana	Valor mínimo – máximo	Quartil 25% - 75%
Limitação funcional	1,9 (\pm 2,0)	2,0	0 – 8	0 – 3
Dor física	3,4 (\pm 2,1)	3,0	0 – 8	2 – 5
Desconforto psicológico	3,9 (\pm 2,4)	4,0	0 – 8	2 – 6
Incapacidade física	2,3 (\pm 2,1)	2,0	0 – 8	0 – 4
Incapacidade psicológica	3,1 (\pm 2,1)	3,0	0 – 8	2 – 5
Incapacidade social	2,1 (\pm 2,0)	2,0	0 – 8	0 – 4
Desvantagem social	2,1 (\pm 2,2)	2,0	0 – 8	0 – 3,7
Escore total	18,9 (\pm 11,1)	18,0	0 – 54	10,2 – 26,7

Na tabela 4 evidencia-se as associações bivariadas entre QVRSB com variáveis independentes. Nela, verifica-se que houve associação do sexo (RT = 1,4 IC 95% 1,1-1,7) no domínio dor física, idade nos domínios limitação funcional (RT=1,6 IC 95% 1,1-2,3) e Incapacidade física (RT=1,6 IC 95%1,1-2,5), benefício do governo no domínio desconforto psicológico (RT=1,3 IC 95%1,1-1,5), escolaridade nos domínios Incapacidade física (RT=1,5 IC 95%1,1-2,1), Incapacidade psicológica (RT=1,3 IC95%1,1-1,8), Incapacidade social (RT=2,0 IC95% 1,3-3,0), desvantagem social (RT= 1,9 IC95% 1,3-2,7) e escore total (RT=1,4 IC95% 1,1-1,8), presença de dentes cariados nos domínios dor física (RT=1,6 IC95% 1,1-2,4) e escore total (RT=1,4 IC95% 1,1-1,8), fístula no domínio limitação funcional (RT=2,2 IC95% 1,4-3,5), necessidade de tratamento e CPI estiveram associados a um aumento de um ponto no escore das respostas dos domínios e escore total do OHIP-14 (valor de $p < 0,05$).

Tabela 5 apresenta análise múltipla de associação entre os domínios e escore total do instrumento OHIP-14 com variáveis socioeconômicas e demográficas,

histórico de saúde bucal e desordens bucais. O domínio limitação funcional esteve associado a maior taxa de prevalência de impacto negativo na QVRSB nos indivíduos com estado civil solteiro/ separado/ viúvo (RT=2,6 IC95% 1,2-5,3) e presença de fístula (RT=1,9 IC95% 1,3-3,1). O domínio dor física esteve associado a maior taxa de prevalência de impacto negativo na QVRSB nos indivíduos em situação de rua do sexo feminino (RT=1,4 IC95% 1,1-1,6), que apresentavam dentes cariados (RT=1,6 IC95% 1,1-2,3), sangramento gengival (RT=1,6 IC95% 1,2-2,2), cálculo (RT=1,7 IC95% 1,7-1,9), bolsa periodontal acima de 3,5 mm (RT=1,5 IC95% 1,1-2,0). O domínio desconforto psicológico esteve associado a maior taxa de prevalência de impacto negativo na QVRSB de indivíduos em situação de rua com dentes cariados (RT= 1,4 IC95% 1,1-1,9).

O domínio incapacidade física esteve associado a maior taxa de prevalência de impacto negativo na QVRSB de indivíduos em situação de rua com idade acima de 44 anos (RT=1,8 IC95% 1,2-2,7), a escolaridade menor que 8 anos (RT=1,6 IC95% 1,1-2,2), presença de dentes cariados (RT=1,6 IC95% 1,1-2,6). Incapacidade psicológica esteve associado negativamente a QVRSB dos indivíduos do sexo feminino (RT=1,3 IC95% 1,1-1,6), e que precisavam de exodontia (RT=2,3 IC95% 1,1-5,0). O domínio incapacidade social esteve associado negativamente a QVRSB dos indivíduos com escolaridade menor que 8 anos (RT=2,0 IC95% 1,3-3,0), e presença de cárie (RT=1,6 IC95% 1,1-2,5).

Desvantagem social esteve associado negativamente a QVRSB dos indivíduos em situação de rua que apresentavam idade acima de 44 anos (RT=1,7 IC95%1,1-2,8), escolaridade menor que 8 anos (RT=1,9 IC95% 1,4-2,8). O escore total esteve associado a maior taxa de prevalência de impacto negativo na QVRSB dos indivíduos em situação de rua com escolaridade menor que 8 anos (RT=1,4 IC95% 1,1-1,8), dentes cariados (RT=1,4 IC95% 1,1-1,8), sangramento (RT=1,7 IC95% 1,1-2,7), cálculo dental (RT=1,8 IC95% 1,3-2,5) do OHIP-14 em (Tabela 5).

Tabela 4: Análise bivariada para associação entre os domínios e escore total do instrumento OHIP-14 com variáveis socioeconômicas e demográficas, histórico de saúde bucal e desordens bucais (n=176).

...continua

		Limitação funcional	Dor física	Desconforto psicológico	Incapacidade física	Incapacidade psicológica	Incapacidade social	Desvantagem Social	Escore total
	n	RT _{nãoajus} (IC95%)	RT _{nãoajus} (IC95%)	RT _{nãoajus} (IC95%)	RT _{nãoajus} (IC95%)	RT _{nãoajus} (IC95%)	RT _{nãoajus} (IC95%)	RT _{nãoajus} (IC95%)	RT _{nãoajus} (IC95%)
Sexo									
Feminino	24	1,3 (0,8-2,1)	1,4 (1,1-1,7)	0,9 (0,7-1,3)	1,4 (0,9-1,9)	1,3 (0,9-1,6)	1,3 (0,9-1,9)	0,9 (0,5-1,5)	1,2 (0,9-1,6)
Masculino	152	1	1	1	1	1	1	1	1
Idade									
Acima de 44 anos	40	1,1 (0,7-1,8)	0,8 (0,6-1,2)	1,1 (0,8-1,4)	1,6 (1,1-2,5)	1,2 (0,9-1,7)	1,2 (0,7-1,8)	1,6 (0,9-2,7)	1,2 (0,9-1,5)
37 a 43 anos	46	1,6 (1,1-2,3)	0,8 (0,6-1,1)	1,0 (0,8-1,4)	1,5 (0,9-2,3)	1,1 (0,8-1,5)	0,9 (0,6-1,5)	1,4 (0,9-2,4)	1,1 (0,8-1,5)
30 a 36 anos	46	0,8 (0,5-1,3)	0,9 (0,7-1,1)	1,1 (0,8-1,4)	1,5 (0,9-2,2)	1,0 (0,7-1,4)	1,2 (0,8-1,8)	1,5 (0,9-2,5)	1,1 (0,8-1,4)
Até 29 anos	44	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado civil									
Casado/ união estável	11	0,5 (0,2-1,0)	0,9 (0,7-1,4)	0,9 (0,6-1,4)	1,2 (0,6-2,2)	0,9 (0,6-1,3)	0,9 (0,6-1,6)	0,7 (0,4-1,2)	0,9 (0,6-1,3)
Solteiro/ separado/ viúvo	165	1	1	1	1	1	1	1	1
Escolaridade									
Até 8 anos	128	1,3 (0,9-1,9)	1,2 (0,9-1,5)	1,2 (0,9-1,6)	1,5 (1,1-2,1)	1,3 (1,1-1,8)	2,0 (1,3-3,0)	1,9 (1,3-2,7)	1,4 (1,1-1,8)
Acima de 8 anos	48	1	1	1	1	1	1	1	1
Benefício do governo									
Sim	62	1,3 (0,9-1,7)	1,1 (0,9-1,3)	1,3 (1,1-1,5)	1,2 (0,9-1,6)	1,1 (0,9-1,3)	1,2 (0,9-1,6)	1,2 (0,9-1,6)	1,2 (0,9-1,4)
Não	114	1	1	1	1	1	1	1	1

RT_{nãoajust} =razão das taxas não ajustada, IC95%=intervalo de confiança 95%; os valores em negrito apresentaram valores de p<0,20.

Tabela 4: Análise bivariada para associação entre os domínios e escore total do instrumento OHIP-14 com variáveis socioeconômicas e demográficas, histórico de saúde bucal e desordens bucais (n=176).

...continuação

	n	Limitação funcional RT _{nãoajus} (IC95%)	Dor física RT _{nãoajus} (IC95%)	Desconforto psicológico RT _{nãoajus} (IC95%)	Incapacidade física RT _{nãoajus} (IC95%)	Incapacidade psicológica RT _{nãoajus} (IC95%)	Incapacidade social RT _{nãoajus} (IC95%)	Desvantagem Social RT _{nãoajus} (IC95%)	Escore total RT _{nãoajus} (IC95%)
Drogas									
Sim	117	1,0 (0,7-1,5)	1,1 (0,9-1,4)	1,1 (0,9-1,4)	1,0 (0,8-1,4)	1,0 (0,8-1,2)	1,2 (0,9-1,6)	1,1 (0,8-1,5)	1,1 (0,9-1,3)
Não	59	1	1	1	1	1	1	1	1
Cárie									
Sim	153	1,5 (0,9-2,3)	1,6 (1,1-2,4)	1,3 (0,9-1,7)	1,5 (0,9-2,3)	1,3 (0,9-1,9)	1,5 (0,9-2,3)	1,1 (0,7-1,7)	1,4 (1,1-1,8)
Não	23	1	1	1	1	1	1	1	1
Perdido									
Sim	24	1,1 (0,7-1,7)	0,9 (0,7-1,3)	1,2 (0,8-1,6)	1,4 (0,9-2,3)	1,3 (0,9-1,9)	1,4 (0,8-2,4)	1,4 (0,8-2,4)	1,2 (0,9-1,6)
Não	152	1	1	1	1	1	1	1	1
Obturado									
Sim	84	1,1 (0,8-1,5)	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (0,8-1,2)	1,1 (0,8-1,4)	1,0 (0,8-1,3)	1,0 (0,8-1,4)	0,9 (0,7-1,2)	0,9 (0,8-1,2)
Não	92	1	1	1	1	1	1	1	1
Experiência de cárie									
Sim	174	0,9 (0,2-3,8)	1,1 (0,3-4,5)	2,6 (0,7-10,5)	-	3,2 (0,8-12,7)	1,4 (0,3-5,6)	1,1 (0,3-4,3)	1,7 (0,4-6,9)
Não	2	1	1	1		1	1	1	1
Envolvimento pulpar>0									
Sim	29	0,9 (0,6-1,5)	0,8 (0,7-1,1)	1,0 (0,8-1,2)	1,1 (0,8-1,5)	1,2 (0,9-1,5)	1,0 (0,7-1,4)	1,1 (0,7-1,6)	1,0 (0,8-1,2)
Não	147	1	1	1	1	1	1	1	1

RT_{nãoajust} =razão das taxas não ajustada, IC95%=intervalo de confiança 95%; os valores em negrito apresentaram valores de p<0,20.

Tabela 4: Análise bivariada para associação entre os domínios e escore total do instrumento OHIP-14 com variáveis socioeconômicas e demográficas, histórico de saúde bucal e desordens bucais (n=176).

...continuação

	n	Limitação funcional RT _{nãoajus} (IC95%)	Dor física RT _{nãoajus} (IC95%)	Desconforto psicológico RT _{nãoajus} (IC95%)	Incapacidade física RT _{nãoajus} (IC95%)	Incapacidade psicológica RT _{nãoajus} (IC95%)	Incapacidade social RT _{nãoajus} (IC95%)	Desvantagem Social RT _{nãoajus} (IC95%)	Escore total RT _{nãoajus} (IC95%)
Ulceração>0									
Sim	58	1,2 (0,9-1,6)	0,9 (0,8-1,2)	1,2 (0,9-1,4)	1,1 (0,8-1,4)	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,8-1,5)	0,9 (0,6-1,2)	1,1 (0,9-1,3)
Não	118	1	1	1	1	1	1	1	1
Fístula>0									
Sim	8	2,2 (1,4-3,5)	1,1 (0,7-1,6)	1,1 (0,8-1,6)	1,1 (0,6-1,8)	1,3 (0,9-1,9)	0,8 (0,4-1,6)	1,3 (0,7-2,3)	1,2 (0,9-1,7)
Não	168	1	1	1	1	1	1	1	1
PUFA>0									
Sim	74	1,1 (0,8-1,6)	0,9 (0,8-1,1)	1,1 (0,9-1,4)	1,2 (0,9-1,5)	1,2 (0,9-1,4)	1,2 (0,9-1,4)	1,1 (0,8-1,4)	0,9 (0,7-1,3)
Não	102	1	1	1	1	1	1	1	1
Necessidade de tratamento									
Tratamento restaurador	12	0,7 (0,2-2,3)	1,2 (0,4-3,7)	0,8 (0,3-2,5)		1,1 (0,3-3,9)	0,6 (0,1-2,9)	0,5 (0,1-1,9)	0,9 (0,3-2,6)
Prótese	74	0,8 (0,3-2,1)	1,1 (0,4-3,2)	1,1 (0,4-3,0)		2,2 (0,9-4,9)	1,1 (0,5-2,7)	0,9 (0,4-2,5)	1,3 (0,6-3,0)
Exodontia	87	1,1 (0,4-2,8)	1,4 (0,5-4,1)	1,2 (0,5-3,3)		2,7 (1,2-6,1)	1,5 (0,6-3,5)	1,2 (0,5-3,2)	1,6 (0,7-3,8)
Sem necessidade	3	1	1	1		1	1	1	1
CPI									
Sangramento	15	1,5 (0,4-6,5)	1,6 (1,1-2,3)	3,3 (0,8-13,7)	0,8 (0,5-1,4)	3,0 (0,7-12,9)	1,8 (0,4-7,7)	2,1 (0,5-9,4)	1,8 (0,9-3,5)
Cálculo	156	1,2 (0,3-4,9)	1,7 (1,6-1,9)	4,0 (1,0-16,1)	1,2 (1,1-1,3)	3,2 (0,8-12,9)	1,4 (0,3-5,5)	2,2 (0,5-8,7)	1,9 (1,1-3,3)
Bolsa acima de 3,5 mm	3	2,4 (0,5-12,7)	1,5 (1,1-2,0)	4,0 (0,9-16,9)	1,8 (1,2-2,7)	2,0 (0,4-10,6)	1,3 (0,3-5,7)	2,7 (0,4-17,9)	2,1 (0,9-4,4)
Hígido	2	1	1	1	1	1	1	1	1

RT_{nãoajust} =razão das taxas não ajustada, IC95%=intervalo de confiança 95%; os valores em negrito apresentaram valores de p<0,20.

Tabela 5: Análise múltipla para associação entre os domínios e escore total do instrumento OHIP-14 com variáveis socioeconômicas e demográficas, histórico de saúde bucal e desordens bucais (n=176).

	Limitação funcional	Dor física	Desconforto psicológico	Incapacidade física	Incapacidade psicológica	Incapacidade social	Desvantagem social	Escore total
	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)
Sexo								
Feminino	—	1,4 (1,1-1,6)	—	—	1,3 (1,1 – 1,6)	—	—	—
Masculino		1			1			
Idade								
Acima de 44 anos				1,8 (1,2-2,7)			1,7 (1,1-2,8)	
37 a 43 anos	—	—	—	1,6 (1,0-2,5)	—	—	1,6 (0,9-2,6)	—
30 a 36 anos				1,6 (1,0-2,4)			1,6 (0,9-2,6)	
Até 29 anos				1			1	
Estado civil								
Solteiro/ separado/ viúvo	2,6 (1,2-5,3)		—					
Casado/ união estável	1							
Escolaridade (anos de estudo)								
Até 8		—		1,6 (1,1 - 2,2)	—	2,0 (1,3-3,0)	1,9 (1,4-2,8)	1,4 (1,1-1,8)
Acima de 8				1		1	1	1
Cárie								

Tabela 5: Análise múltipla para associação entre os domínios e escore total do instrumento OHIP-14 com variáveis socioeconômicas e demográficas, histórico de saúde bucal e desordens bucais (n=176).

	Continuação.							
	Limitação funcional	Dor física	Desconforto psicológico	Incapacidade física	Incapacidade psicológica	Incapacidade social	Desvantagem social	Escore total
	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)	RT _{ajus} (IC95%)
Sim	—	1,6 (1,1-2,3)	1,4 (1,1-1,9)	1,6 (1,1 - 2,6)	—	1,6 (1,1 - 2,5)	—	1,4 (1,1-1,8)
Não		1	1	1		1		1
Fístula								
Sim	1,9 (1,3-3,1)	—	—	—	—	—	—	—
Não	1							
Necessidade de tratamento								
Tratamento restaurador					1,0 (0,3 – 2,9)			
Prótese Exodontia	—	—	—	—	1,9 (0,9 – 4,1)	—	—	—
Sem necessidade					2,3 (1,1 – 5,0)			
					1			
CPI								
Sangramento		1,6 (1,2-2,2)						1,7 (1,1-2,7)
Cálculo	—	1,7 (1,7-1,9)	—	—	—	—	—	1,8 (1,3-2,5)
Bolsa acima de 3,5 mm		1,5 (1,1-2,0)						1,8 (0,9-3,2)
Hígido		1						1

RT_{ajust} = Razão das taxas ajustadas, IC95%=intervalo de confiança 95%

4.6 Discussão

Más condições bucais e necessidades de tratamento não atendidas impactam negativamente a qualidade de vida relacionada a saúde bucal das pessoas. Devido às condições precárias de vida e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, é provável que população em situação de rua apresente uma saúde bucal mais precária e maiores necessidades de tratamento que aquelas pessoas já inseridas no sistema público de saúde [7]. Estudos no Brasil sobre a saúde bucal e que relacionam qualidade de vida à saúde bucal deste grupo podem incentivar e embasar melhor as políticas públicas de saúde a ele direcionadas. No entanto, percebe-se que estes tipos de estudos são raros ou inexistentes.

Da mesma forma, não foram localizadas pesquisas no Brasil referentes ao CPOD cujo os resultados pudessem ser comparados com esta população específica. Porém, o CPOD médio da presente pesquisa é inferior aos dados apresentados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, para o Brasil, Nordeste, Teresina [25]. No SB-Brasil 2010, a média nacional foi maior para dentes perdidos, seguido por dentes cariados e obturados. Já a população de Teresina, de acordo com este mesmo levantamento, apresentou mais dentes perdidos, seguido por obturados e cariados [25]. A amostra do presente estudo apresentou números semelhantes de dentes perdidos quando comparada à população de Teresina no SB-Brasil. No entanto a presença de cárie foi muito maior na população em situação de rua, indicando a dificuldade de acesso ao tratamento odontológico. Entretanto, há de se considerar que a pesquisa nacional citada foi realizada há quase 20 anos, e há uma expectativa que tenha ocorrido uma melhoria na população a partir de então, tendo em vista o maior acesso ao serviço odontológico por meio das ações das equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família. Além disso, deve ser considerada a fragilidade de uma comparação direta, tendo em vista as diferenças nas faixas etárias das duas amostras.

O índice de cárie dentária observado na população em situação de rua deste estudo é semelhante ao relatada em estudos realizados em outros países [7,8,26,27,28,29]. As perdas dentárias podem ser reflexo da negligência com a saúde bucal aliado à dificuldade de acesso a atendimento odontológico, resultando no agravamento de doença e necessidade de exodontia [7,8]. O acesso da população

aos serviços odontológicos deve ser de interesse para profissionais de saúde e formuladores de políticas pública.

Considerada um problema de saúde pública em todo o mundo, a ocorrência de cárie está associada a fatores socioeconômicos, em função da dificuldade ou impossibilidade de acesso aos serviços públicos [30], o que resulta em desvantagem para a população menos favorecida [31]. A presença de cárie em indivíduos em situação de rua, apresentou maior taxa de impacto negativo relacionado a saúde bucal no domínio incapacidade física e social em relação aos que não tinham cárie. Esta situação pode ser justificada pela falta de boas práticas de higiene bucal e difícil acesso aos serviços de saúde favorecendo a progressão das lesões cariosas, e resultando em dor provocada por algum estímulo no momento da alimentação [7]. Assim, más condições bucais e dor influenciam negativamente na qualidade de vida da PSR, achados que foram encontrados em estudos com população semelhante e instrumento OHIP-14 [7,27,32,33,34,35]. Além disso, dentes cariados e ausentes podem influenciar a depressão, principalmente por meio dos domínios desconforto e incapacidade psicológica do OHIP – 14 [34].

A situação socioeconômica é considerada como um fator determinante do risco de cárie, é mais polarizada nos grupos menos privilegiados. A baixa renda pode estar associada ao valor atribuído à saúde, estilo de vida e acesso à informação sobre cuidados de saúde [36]. Assim, a falta de acesso para o tratamento da cárie pode levar as consequências clínicas da cárie não tratada. A fístula impactou negativamente no domínio limitação funcional, esta é pontuada quando um trato sinusal com liberação de pus relacionado a um dente com envolvimento pulpar está presente na cavidade bucal[15]. Esta secreção purulenta expelida no meio bucal pode limitar funções da cavidade bucal relacionadas a mastigação, fala e paladar.

A estética influencia cada mais na formação cultural, no bem-estar e no estilo de vida saudável. A ausência dental não somente prejudica a função mastigatória como impacta nos aspectos psicológicos e sociais do indivíduo. Por este motivo, a exodontia afeta negativamente a qualidade de vida relacionado à saúde bucal no domínio incapacidade psicológica, que está relacionada principalmente com vergonha sobre a aparência dos dentes [33]. Estes achados vão ao encontro com estudos semelhantes [33,34,35,37].

A dor física é influenciada negativamente pelo sangramento gengival, cálculo dentário e presença de bolsa acima 3,5mm na QVRSB em relação aos indivíduos com dentes hígidos. Houve também um aumento na taxa de impacto negativo no escore total da QVRSB pelo sangramento gengival e cálculo dentário. Maior experiência de dor e desconforto são achados esperados [33]. Isso ocorre devido a ineficácia das práticas de higiene bucal [7].

A associação entre impacto negativo dos domínios e escore total do OHIP-14 na QVRSB com as variáveis independentes, foi observado em estudos com a população em situação de rua [7,32]. Em um estudo realizado na Austrália não houve associação entre dentes cariados e perdidos com OHIP-14 e WHOQOL-BREF, a PSR vive com grandes e complexos desafios e a saúde bucal é apenas um deles [27]. Os impactos mais reportados neste estudo foram desconforto psicológico, dor física e incapacidade psicológica, impactando negativamente na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. O grupo apresenta estes impactos ao sentirem desconforto com sua condição bucal, dificuldade para alimentação e relaxamento, estes achados também foram observados em um estudo prévio [33].

A PSR é um grupo heterogêneo, com diferenças nas trajetórias de vida, tempo em que vive na rua, medidas de sobrevivências, relações de gênero e espaço habitado [38]. Viver em situação de rua é ainda menos adequado para mulher, pela fragilidade que lhe é imposta, resultante de construção social e cultural. A maior taxa de prevalência de impacto negativo relacionado à saúde bucal no domínio dor física foi mais percebida nas mulheres do que nos homens. Este domínio está relacionado à dor e incômodo na alimentação, isso por que as mulheres possuem maior sensibilidade biológica aos estímulos [39] são mais críticas e atentas em relação à saúde bucal [40,41]. Estes achados corroboram com estudos que relatam maior número de impactos negativos nas mulheres do que os homens, isso pode estar relacionado ao fato dos homens serem vistos como viris, fortes e invulneráveis, e a busca por cuidados preventivos poderia estar associada fraqueza, medo e insegurança [18,42,43]. Essas características podem ser justificativas para uma maior taxa de prevalência de impacto negativo relacionado a saúde bucal no domínio dor física, que são perguntas relacionada a dor e incômodo na alimentação, para os participantes do sexo feminino. Em um estudo semelhante, para a variável sexo, o

domínio dor física foi associada significativamente às mulheres por apresentarem as condições descritas [44].

Condições bucais que estão associadas com o envelhecimento, representam efeitos cumulativos de uma história de cuidados deficientes e assistência mutiladora. Edentulismo, xerostomia e diminuição na função mastigatória, resultam em uma maior necessidade de prevenção em saúde bucal e atendimento restaurador e periodontal [45] e são condições bucais que prejudicam os indivíduos. Os indivíduos com idade acima de 44 anos apresentaram impacto negativo relacionado à saúde bucal no domínio incapacidade física e desvantagem social, onde a perda de múltiplos dentes ocasionados pela dor, impactam negativamente na saúde bucal. Há prejuízo na alimentação bem como episódios de interrupções nas refeições, evitando assim alimentos básicos de uma dieta saudável, além de situações como dificuldade de falar e mal-estar relacionados a vida insatisfatória [45]. As condições de vida e saúde bucal com aumento da idade da população estudada justificam o maior impacto negativo no domínio incapacidade física.

A PSR é alvo constante de práticas discriminatórias em diversos contextos de ordem social e racial. Esta forma opressora e depreciativa deixa marcas estigmatizadas de marginalização e inferioridade frente aos demais membros da sociedade [46]. Assim, estabelecer vínculos na rua, trocas de apoio físico e emocional devido à aglomeração de pessoas e a forma como vivem diante a violência rotineiramente sofrida [47], é uma forma pela qual pode se explicar uma maior taxa de prevalência de impacto negativo relacionado a saúde bucal no domínio limitação funcional aos que são solteiros, separados e viúvos. Em estudo realizado com a população em situação de rua de Goiânia, o fato de ter parceiro fixo, influenciava positivamente no domínio físico e relações sociais [47]. Os catadores de materiais recicláveis, população com algumas características semelhantes a PSR, por passarem muito tempo na rua ou em depósitos de materiais recicláveis, que apresentaram companheiro (a) fixo, possuíam melhor avaliação nos domínios do WHOQOL-100, quando comparados aos que não reportaram ter companheiro (a) fixo [48].

Problemas com pronúncia e paladar afetaram negativamente os indivíduos solteiros, separados e viúvo. Ter um companheiro foi relacionado com melhora na

QVRSB [40]. E em outro estudo, observou-se que o estado civil não apresenta associação significativa com OHIP-14 total e seus domínios[44].

A educação auxilia no aumento da autoestima, reconhecimento do outro, conquista de objetivos. No meio comunitário, favorece a inclusão social, o acesso e busca aos direitos, a obtenção de um emprego formal e compreensão de informações. De acordo com a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, realizada em 2008, 15,1 % dos participantes nunca estudaram, 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome. A maioria não estuda atualmente (95%). Diagnosticou-se que 48,4% não concluíram o primeiro grau, 3,2% concluíram o segundo grau, 0,7% concluíram o ensino superior e 17,8% não souberam responder/não lembram /não responderam o seu nível de escolaridade [49].

A baixa escolaridade afeta negativamente o convívio das pessoas na sociedade, o acesso aos serviços de saúde, e conseqüentemente dificulta a realização de atividades no dia a dia, além da exclusão da sociedade, preconceito e discriminação. Este impactou negativamente nos domínios incapacidade física, incapacidade social, desvantagem social e escore total. De acordo com Papaioannou et al., quanto maior a escolaridade melhor a qualidade de vida, assim a população em situação de rua estuda apresenta impacto negativo relacionado à saúde bucal pois a maioria dos participantes apresentam baixa escolaridade [50].

A limitação desse estudo foi amostra de conveniência e dificuldade de execução do estudo, devido a grande rotatividade e inquietação dos frequentadores, muitos não participavam das palestras e assim não eram convidados a permanecerem no local do estudo, além da dificuldade de aceitação para participar da pesquisa.

Diante destas constatações, verifica-se que as condições bucais impactam negativamente a QVRSB, sendo o cuidado com a saúde bucal mais um desafio para esta população. As políticas públicas para atendimentos deste grupo populacional precisam ser fortalecidas incluindo atendimento odontológico de forma melhor integrada aos serviços de apoio.

4.7 Conclusão

- A presença de cárie, fístula, sangramento gengival, cálculo dental e bolsa periodontal impactam negativamente a QVRSB da população em situação de rua.
- Indivíduos do sexo feminino e com escolaridade menor que 8 anos de estudo, apresetaram maior impacto negativo na QVRSB no domínio dor física e incapacidade social respectivamente.
- Cárie dentária, sangramento, cálculo dental e presença de bolsas periodontais acima de 3mm impactaram negativamente a QVRSB no domínio dor física.
- Fístula impactou negativamente a QVRSB no domínio limitação funcional.
- Cárie dentária, sangramento gengival e cálculo dentário impactaram negativamente a QVRSB no escore total.
- A exodontia impactou negativamente a QVRSB no domínio incapacidade psicológica.

4.8 Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesse em relação a este estudo.

4.9 Referências

1. Decreto n. 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Dispõe sobre a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Diário Oficial da União. Brasília, 24 de Dezembro de 2009. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-7053-23-dezembro-2009-599156-publicacaooriginal-121538-pe.html>>. Acesso em 06 mai.2017.
2. United Nations. Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context. General Assembly of Human Rights Council. Geneva, Switzerland: United Nations; 2015.
3. Organização Mundial de saúde. Promoção de saúde. Glossário. Genebra: OMS; 1998.
4. Walter, MH., Woronuk, JI., Tan, HK., Lenz, U., Koch, R., Boening, KW. (2007) Oral health related quality of life and its association with sociodemographic and clinical findings in 3 northern outreach clinics. *J Can Dent Assoc.* 73(2),153.
5. Carrara, BS., Ventura, CAA. (2012). A saúde e o desenvolvimento humano. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change.* 3(4), 89-96.
6. Petersen, PE. (2003). The world oral health Report 2003: continuous improvement of oral in the 21 st century – the approach of the WHO Global Health Programme, *Community Dent Oral Epidemiol.* 21 (1),3-23.
7. .Daly, B., Newton,T., Batchelor, P., Jones, K. (2010). Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dent Oral Epidemiol.* Janeiro. 38(2),136-44.
8. De pereira, M., Oliveira, L., Lunet, N. (2014). Caries and oral health related behaviours among homeless adults from Porto, Portugal. *Oral healthPrevDent.* (2), 109-116.

9. Sischo, L., Broder, HL. (2011). Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 90:1264–1270
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012.
11. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: Secretaria Nacional de Assistência Social. Perguntas e Respostas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua-CENTRO POP. SUAS e População em Situação de Rua. 2011;2.
12. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>.
13. SEMTCAS. (2014) Plano de Reordenamento do Serviço de Acolhimento para Pessoas em Situação de Rua. Município de Teresina- Piauí.
14. World Health Organization. (2013). Oral Health Surveys - Basic Methods. 5th ed. Geneva: World Health Organization.
15. Monse, B., Heinrich-Weltzien, R., Benzian, H., Holmgren, C., Van, PHW. (2010). PUFA— an index of clinical consequences of untreated dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 38, 77-82
16. Streiner, DL., Norman, GR. (2008). Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford University Press.
17. Ekanayake, L., Perera, I. (2003). Validation of a Sinhalese translation of the Oral Health Impact Profile-14 for use with older adults. *Gerodontology.* 20, 95–9.
18. Slade, GD. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* Aug;25(4), 284-90.
19. Oliveira, BH., Nadanovsky, P. (2005). Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Aug;33. (4); 307-14

20. Robinson, PG., Gibson, B., Khan, FA., Birbaum, W. (2001). A comparison of OHIP 14 and ODP as interviews and questionnaires. *Community Dent Health*. (18),144-149.
21. Streiner, DL., Norman, GR. (2008). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford University Press.
22. Ekanayake, L., Perera, I. (2003). Validation of a Sinhalese translation of the Oral Health Impact Profile-14 for use with older adults. *Gerodontology*. 20: 95–9.
23. Wong, MC., Lo, EC., McMillan, AS.(2002). Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol*. 30:423–30.
24. Field, A. *Discovering Statistics Using SPSS*. 2nd Edition, Sage, London
25. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados. Brasília: Ministério da Saúde.
26. Beaton, L., Coles, E., Freeman, R. (2018). Homeless in Scotland: An Oral Health and Psychosocial Needs Assessment. *Dent.J*. 67,(6).
27. Ford, PJ., Cramb, S., Farah, CS. (2014). Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Aust Dent J*. Jun;59(2),234-9
28. Hill, KB., Rimington, D. (2011). Investigation of the oral health needs for homeless people in specialist units in London, Cardiff, Glasgow and Birmingham. *Prim Health Care Res Dev*. Apr;12(2),135-44
29. Sfeatcu, R., Dumitrache, A., Dumitrașcu, L., Lambescu, D., Funieru, C., Lupușoru, M. (2011). Aspects of oral and general health among a community center for the underserved. *J Med Life*. May 15;4(2), 168-71.
30. Schuch, HS., Santos, CF., Torriani, DD., Demarco, FF., Goettems, ML.(2015). Oral health-related quality of life of schoolchildren: impact of clinical and psychosocial variables. *Int J Paediatr Dent*. 25(5), 358-65.

31. Cooper, AM., O'Malley, LA., Elison, SN., Armstrong, R., Burnside, G., Adair, P. et al. (2013). Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. *Cochrane Database Syst Rev*.5.
32. Luo, Y., McGrath, C.(2008). Oral health and its impact on the life quality of homeless people in Hong Kong. *Community Dent Health*.Sep;25(3), 137-42.
33. Richards,W., Keauffling, J. (2009). Homeless who accessed a healthy living centre in Swansea, South Wales: an assessment of the impact of oral ill-health. *Prim Dent Care*. Jul;16(3):94-8.
34. Coles, E., Chan, K., Collins, J., Humphris, GM., Richards, D., Williams, B., Freeman, R. (2011). Decayed and missing teeth and oral-health-related factors: predicting depression in homeless people. *J Psychosom Res*. Aug;71(2):108-12.
35. Ozhayat,EB., Ostergaard, P., Gotfredsen, K.(2016). Oral health-related quality of life in socially endangered persons in Copenhagen, Denmark. *Acta Odontol Scand*.Nov;74(8):620-625.
36. Passos, JS., Araújo, TM., Gomes Filho, IS., Cruz, SS.(2011). Condições de vida e saúde bucal: uma abordagem teóricoconceitual das desigualdades sociais. *Rev Baiana Saúde Pública*. 35(Supl. 1),138-1501
37. Steele, JG., Saunders, AE., Slade, GD., Allen, PF., Laht, S., Nuttall, N, *et al.* (2004).How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol*. 32:107-14.
38. Barata, RB, Junior Carneiro, N., Ribeiro, MCSA.,Silveira, C. (2015).Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo. *Saúde Soc. São Paulo*. 24 (1),215-227
39. Liddell, A., Locker, D. (1997). Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:314-8

40. Duque-Duque, V., Tamayo, CJ, Echeverri, CP, Gutiérrez, OAY., Sepúlveda, CD., Giraldo, RO., Agudelo SA. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *CES odontologia*.26 :10-23.
41. Lima,DP., Moimaz, SAS., Garbin, CAS., Sundefeld, MLMM., Saliba, TA.(2016). Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes grávidas. *Arch Health Invest*.5(6):318-324.
42. Baker, SR., Pankhurst, CL., Robinson, PG.(2006).Utility of two oral health-related quality-of-life measures in patients with xerostomia. *Community Dent Oral Epidemiol*.34:351-36
43. Gomes, R., Nascimento, EFD., Araujo, FCD. (2007). “Why do ´ men use health services less than women? Explanations by men with low versus higher education,” *Cadernos de Saude Publica*, 23. 565–574.
44. Palma, VP., Caetano, PL., Leite, ICG. (2003). Impact of Periodontal Diseases on Health-Related Quality of Life of Users of the Brazilian Unified Health System. *International Journal of Dentistry*.1-6.
45. Raphael, C.(2017). Oral Health and Aging. *American Journal of Public Health*. 107(1), 44-45.
46. Johnstone, M., Jetten, J., Dingle, GA., Parsell, C., Walter, ZC. (2015). Discrimination and well-being amongst the homeless: the role of multiple group membership. *Frontiers in Psychology*. 6:739.
47. Soares Neto, AP. Qualidade De Vida De Pessoas Em Situação De Rua Do Brasil Central. 2016.128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Góias.
48. Jesus, MCP., Santos, SMR., Abdalla, JGF., Jesus, PBR., Alves, MJM., Teixeira, N. et al. (2012). An assessment of the quality of life of recyclable material collectors. *Rev Eletr Enf*.2(14):277-85.

49. Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Rua: aprendendo a contar. Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua. Brasília. 2009a.
50. Papaioannou, W., Oulis, C.J., Latsou, D., Yfantopoulos, J.(2001). Oral health-related quality of life of greek adults: a cross-sectional study. International Journal of Dentistry. 1-7.

APÊNDICE 1

PRESS RELEASE

Bernardino RMP, Mendes RF. Moradores de Rua – necessidade urgente de Atendimento Odontológico. **O olhar, Esperantina, 17 jan. 2019.**

Há uma canção que diz “Você já passou por mim/E nem olhou pra mim”. Os versos, carregados de significados sociais, se encaixam perfeitamente no contexto das pessoas em situação de rua, que, em sua imensa maioria, não são percebidas – ou são ignoradas – por quem passa por elas.

Os moradores de rua ou População em Situação de Rua (PSR) são pessoas que, em sua maioria, não são percebidas por quem passa por elas ou são ignoradas por não estarem visivelmente inseridas na sociedade. Assim, é importante que este grupo seja reconhecido na sociedade e, por isso, detentor de direitos. Em saúde, as desigualdades sociais são mais notadas diante do adoecer e morrer, momentos em que são necessárias práticas para redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais dignas para todos.

Pesquisas realizadas com população em situação de rua confirmam uma grande necessidade de ações em saúde bucal e destacam a dificuldade de acesso desse grupo a ações e serviços de saúde, principalmente nas unidades básicas de saúde, fazendo com que a assistência à PSR se restrinja essencialmente a serviços de urgência/emergência.

A qualidade de vida relacionada a saúde bucal reflete o conforto das pessoas ao comer ou dormir, a ausência de efeitos negativos das condições bucais na vida social das mesmas e a satisfação delas em relação à sua saúde bucal. Problemas de saúde bucal podem restringir as atividades cotidianas, causando afastamento no trabalho e/ou escola, provocando sofrimento e impactando negativamente na qualidade de vida. Estas alterações podem determinar diminuição da autoconfiança pessoal, repercutindo negativamente nas relações sociais, econômicas, educacionais e/ou ocupacionais.

Uma pesquisa realizada entre janeiro e outubro de 2018 pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Piauí no Centro de referência especializado para população em situação de rua (Centro POP) de Teresina, avaliou as condições bucais e o impacto destas na qualidade de vida da população em situação de rua. Foi observado que as condições de saúde bucal como cárie, presença de fístula, sangramento, bolsas periodontais (perda da aderência e aprofundamento da gengiva ao redor do dente) e exodontia (extração) afetam negativamente a vida da população em situação de rua. Este impacto negativo na qualidade de vida se manifesta principalmente pela presença dor e vergonha devido à ausência dos dentes. Aqueles com menor escolaridade e as mulheres estão entre os que apresentam maior impacto negativo na qualidade de vida relacionada a saúde bucal.

Foi observado também que as pessoas em situação de rua apresentam uma maior quantidade de exodontias em relação a tratamento restaurador, o que pode ser um reflexo da negligência aos cuidados de saúde bucal. Indica que quando estas pessoas têm acesso a tratamento, na maioria das vezes a única opção é o tratamento não conservador. O acesso antecipado aos serviços odontológicos deve ser de interesse para profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas. A saúde bucal é mais um desafio entre tantos enfrentado por esta população que vive situações complexas. Os resultados deste trabalho poderão ajudar no planejamento de estratégias de tratamento, a nível de indivíduo ou populacional e na formulação de serviços e políticas públicas relacionadas as práticas odontológicas.

APÊNDICE 2

Produção Intelectual durante o Mestrado

Participação em Projetos de Pesquisa

- 1) Saúde bucal da População em Situação de Rua
- 2) Experiência de cárie em população em situação de rua em Teresina-PI.
- 3) Análise das necessidades de tratamento odontológico em população em situação de rua em Teresina-PI.

Prêmios e Títulos

- 1) Menção Honrosa pelo trabalho intitulado "Saúde bucal relacionada a qualidade de vida da população em situação de rua: revisão sistematizada da literatura", XV Jornada Acadêmica de Odontologia de Parnaíba. (2017).
- 2) Menção Honrosa trabalho intitulado "Experiência de cárie em população em situação de rua em Teresina-PI". Jornada Acadêmica de Odontologia da UFPI. (2018).

Artigos publicados em periódicos

- 1) Bernardino RMP, Pedrosa MS, Silva AM, Silva BLC, Bezerra US, Moreno WG. Efetividade de dentifrícios clareadores sobre esmalte de dentes bovinos. *Salusvita*. 2016;35(3):475-489.
- 2) Veloso JS, Silva AM, Bernardino RMP, Nunes MRCM. Uso racional de antimicrobianos em Odontologia: percepção e conhecimento dos cirurgiões-dentistas de Teresina. *Salusvita*. 2017;36(3):677-693.

Apresentação de trabalhos

1. Bernardino RMP, Silva AM, Santos IT, Costa JF, Silva MVB, Prado-Junior RR, Mendes RF. Experiência de cárie e fatores associados em população em situação de rua - estudo piloto. 2018.
2. Bernardino RMP, Silva AM, Costa JF, Silva MVB, Prado-Junior RR, Mendes RF. Fatores associados a prevalência de cárie na população em situação de rua na cidade de Teresina – PI: Estudo Piloto. 2018.

3. Bernardino RMP, Silva AM, Costa JF, Silva MVB, Santos IT, Mendes RF. Saúde Bucal relacionada a qualidade de vida da população em situação de rua – Revisão Sistematizada da Literatura. 2018.
4. Bernardino RMP, Silva AM, Costa JF, Silva MVB, Mendes RF. Cárie em população em situação de rua. 2018.
5. Costa JF, Bernardino RMP, Silva MVB, Prado-Junior RR, Mendes RF. Experiência de cárie na população em situação de rua de Teresina-PI.2018.
6. Silva MVB, Bernardino RMP, Silva AM, Costa JF, Santos IT, Mendes RF. Perfil odontológico e necessidade de tratamento da população em situação de rua: Revisão Sistematizada da Literatura. 2018.
7. Silva MVB, Bernardino RMP, Costa JF, Santos IT, Mendes RF. Análise das necessidades de tratamento odontológicos em população em situação de rua em Teresina- PI. 2018.
8. Miranda LFB, Araújo ASM, Silva AM, Bernardino RMP, Prado Junior RR, Mendes RF. Efetividade de escovas automáticas no controle do biofilme dentário em crianças com Síndrome de Down: ensaio clínico randomizado. 2018.
9. Bernardino RMP, Silva AM, Costa JF, Silva MVB, Mendes RF. Saúde bucal relacionada a qualidade de vida da população em situação de rua - revisão sistematizada da literatura. 2017.
10. Silva MVB, Costa JF, Bernardino RMP, Silva AM, Prado Junior RR, Mendes RF. Necessidades de tratamento odontológico para população em situação de rua: revisão sistematizada da literatura. 2017
11. Silva MVB, Silva AM, Costa JF, Bernardino RMP, Mendes RF. Perfil odontológico da população em situação de rua: revisão sistematizada da literatura. 2017.

12. Costa JF, Silva MVB, Silva AM, Bernardino RMP, Mendes RF. Cárie dentária na população em situação de rua - revisão sistematizada da literatura. 2017
13. Carvalho APR, Silva AM, Bernardino RMP, Prado Junior RR, Mendes RF. Traumatismos dentários em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista: Revisão Sistematizada da Literatura. 2017.
14. Araújo ASM, Miranda LFB, Silva AM, Bernardino RMP, Prado Junior RR, Mendes RF. Saúde Oral de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista: Revisão Sistematizada da Literatura. 2017.
15. Araújo ASM, Miranda LFB, Silva AM, Bernardino RMP, Prado Junior RR, Mendes RF. Comportamento de indivíduos com Síndrome de Down associado a medidas de higiene bucal: Revisão Sistematizada da Literatura. 2017.
16. Miranda LFB, Araújo ASM, Silva AM, Bernardino RMP, Prado Junior RR, Mendes RF. Efetividade de escovas elétricas e manuais no controle mecânico do biofilme: Revisão Sistematizada da Literatura. 2017.
17. Miranda LFB, Araújo ASM, Silva AM, Bernardino RMP, Prado Junior RR, Mendes RF. Saúde Bucal de indivíduos com Síndrome de Down: Revisão Sistematizada da Literatura. 2017.

Resumos publicados em anais de eventos

1. Bernardino RMP, Silva AM, Costa JF, Silva MVB, Prado-Junior RR, Mendes RF. Fatores associados a experiência de cárie na População em situação de rua: Estudo piloto. Anais Eletrônicos da XVI Jornada acadêmica de odontologia da UFPI. 2018.v.6.p.25-25.
2. Costa JF, Bernardino RMP, Silva MVB, Mendes RF. Experiência de cárie na População em situação de rua. Anais Eletrônicos da XVI Jornada acadêmica de odontologia da UFPI. 2018.v.6.p.40-40.
3. Silva MVB, Bernardino RMP, Silva AM, Costa JF, Santos IT, Mendes RF. Análise das necessidades de tratamento odontológico em população em

- Situação de rua em Teresina-PI. Anais Eletrônicos da XVI Jornada acadêmica de odontologia da UFPI. 2018.v.6.p.40-41.
4. Bernardino RMP, Silva AM, Santos IT, Costa JF, Silva MVB, Prado-Junior RR, Mendes RF. Experiência de cárie e fatores associados em população em situação de rua - estudo piloto. 35ª Reunião da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 2018, Campinas, SP, Brasil. *Proceedings of the 35nd SBPqO Annual Meeting*. São Paulo, SP, Brasil: Brazilian Oral Research, 2018. v. 32. p. 470-470.
 5. Bernardino RMP, Silva AM, Costa JF, Silva MVB, Santos IT, Mendes RF. Saúde Bucal relacionada a qualidade de vida da população em situação de rua – Revisão Sistematizada da Literatura. In: 1º Jornada de Odontologia da Facid/Wyden, 2018, Teresina. Anais Eletrônicos da 1º Jornada de Odontologia da Facid/Wyden, 2018. v. 01. p. 2-78.
 6. Miranda LFB, Araújo ASM, Silva AM, Bernardino RMP, Prado Junior RR, Mendes RF. Efetividade de escovas automáticas no controle do biofilme dentário em crianças com Síndrome de Down: ensaio clínico randomizado. 35ª Reunião da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 2018, Campinas, SP, Brasil. *Proceedings of the 35nd SBPqO Annual Meeting*. São Paulo, SP, Brasil: Brazilian Oral Research, 2018. v. 32. p. 63-63.
 7. Silva MVB, Bernardino RMP, Silva AM, Costa JF, Santos IT, Mendes RF. Perfil odontológico e necessidade de tratamento da população em situação de rua: Revisão Sistematizada da Literatura. In: 1º Jornada de Odontologia da Facid/Wyden, 2018, Teresina. Anais Eletrônicos da 1º Jornada de Odontologia da Facid/Wyden, 2018. v. 01. p. 2-78.
 8. Carvalho APR, Silva AM, Bernardino RMP, Prado – Junior RR, Mendes RF. Traumatismos Dentários em Indivíduos com Transtorno do Espectro Autista: Revisão sistematizada da Literatura. In: 7º Congresso Internacional de Odontologia, 2017, Teresina. Anais Eletrônicos do 7º Congresso Internacional de Odontologia, 2017. v. 01. p. 2-180.

9. Araújo ASM, Silva AM, Bernardino RMP, Prado – Junior RR, Mendes RF. Comportamento de indivíduos com síndrome de down associado a medidas de higiene bucal: revisão sistematizada de literatura. In: 7^o Congresso Internacional de Odontologia, 2017, Teresina. Anais do 7^o Congresso Internacional de Odontologia, 2017. v. 01. p. 02-180.

10. Araújo ASM, Silva AM, Bernardino RMP, Prado – Junior RR, Mendes RF. Saúde Oral de Indivíduos com Transtorno do Espectro Autista: Revisão Sistematizada de Literatura. In: 7^o CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA, 2017, Teresina. Anais Eletrônicos do 7^o Congresso Internacional de Odontologia, 2017. v. 01.

11. Bernardino RMP, Silva AM, Costa JF, Silva MVB, Mendes RF. Saúde Bucal relacionada a Qualidade de Vida da População em Situação de Rua - Revisão Sistematizada da Literatura. In: XV Jornada Acadêmica de Odontologia de Parnaíba, 2017, Parnaíba. Anais Eletrônicos da XV Jornada Acadêmica de Odontologia de Parnaíba, 2017. v. 7.

12. Silva MVB, Silva AM, Costa JF, Bernardino RMP, Mendes RF. Perfil Odontológico da População em Situação de Rua: Revisão Sistematizada da Literatura. In: XV Jornada Acadêmica de Odontologia de Parnaíba, 2017, Parnaíba. Anais Eletrônicos da XV Jornada Acadêmica de Odontologia de Parnaíba, 2017. v. 07.

13. Costa JF, Silva MVB, Silva AM, Bernardino RMP, Mendes RF. Cárie Dentária na População em Situação de Rua: Revisão Sistematizada da Literatura. In: XV Jornada Acadêmica de Odontologia de Parnaíba, 2017, Parnaíba. Anais Eletrônicos da XV Jornada Acadêmica de Odontologia de Parnaíba, 2017. v. 07.

14. Araújo ASM, Miranda LFB, Silva AM, Bernardino RMP, Prado – Junior RR, Mendes RF. O Tipo de Escova de Dentes Interfere no Comportamento Durante

Procedimentos de Higiene Bucal em Indivíduos com Síndrome de Down?. In: XV Jornada Acadêmica de Odontologia UFPI, 2017, Teresina. Anais Eletrônicos da XV JAO, 2017. v. 5.

15. Miranda LFB, Araújo ASM, Silva AM, Bernardino RMP, Prado – Junior RR, Mendes RF. Controle Mecânico do Biofilme Dental em Pacientes com Síndrome de Down. In: XV Jornada Acadêmica de Odontologia UFPI, 2017, Teresina. Anais Eletrônicos da XV JAO, 2017. v. 7.

16. Nogueira MA, Gomes LRR, Silva AM, Bernardino RMP, Prado – Junior RR, Mendes RF. Adequação do Meio Bucal e Promoção de Saúde em Paciente da Clínica Integrada da Ufpi: Relato de Caso. In: XV Jornada Acadêmica de Odontologia UFPI, 2017, Teresina. Anais Eletrônicos da XV JAO, 2017. v. 5.

Participação em bancas/comissões julgadoras

1) Avaliador de trabalhos na categoria Painel. XV Jornada Acadêmica de Odontologia de Parnaíba. 2018.

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se autoriza a sua participação ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o atendimento odontológico não será prejudicado de forma alguma. Se achar necessário qualquer outro tipo de esclarecimento você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí pelo telefone (86) 3227-2332.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

O projeto de pesquisa intitulado “IMPACTO DAS CONDIÇÕES BUCAIS NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA ” tem por objetivo determinar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida da população em situação de rua. O estudo irá determinar o quanto a sua saúde bucal influencia na sua vida, iremos fazer algumas perguntas e você irá escolher a resposta de acordo com as opções, iremos contar quantas cárie, dentes perdidos e obturados você tem, se há alguma inflamação na sua gengiva, se tem alguma bolha no seu dente. Os dados fornecidos assim como os resultados individuais serão mantidos em sigilo. Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador e a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar os dados do estudo. Em qualquer parte do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para estabelecimento de eventuais dúvidas. O risco que você pode ter durante a pesquisa, será na realização da entrevista onde você poderá sentir-se constrangido e quanto e no exame clínico caso o espelho bucal machuque sua bochecha ou a sonda periodontal machuque sua gengiva, mas, para minimizarmos estes riscos, o pesquisador será treinado e terá paciência para esperar você responder, bem como não machucar sua bochecha. Os benefícios relacionados com a sua participação na pesquisa incluem orientações sobre higiene bucal, hábitos alimentares, além da doação de kit de higiene bucal.

Pesquisadora Responsável: Prof.ª Dr.ª Regina Ferraz Mendes. Telefone para contato: (86) 99982-4947

◆ Nome e Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE

Eu, _____ RG: _____
CPF: _____, abaixo assinado concordo participar do estudo “IMPACTO DAS CONDIÇÕES BUCAIS NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA ”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Fui suficientemente informado (a) a respeito das informações que li. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome e Assinatura do participante ou responsável: _____

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portela – Ininga – SG 06 – CEP: 64049-550 – Teresina – PI. Telefone: (86) 3237-2332 – e-mail: CEP.ufpi@ufpi.edu.br , web: www.ufpi.br/c

APÊNDICE 4



Universidade Federal do Piauí

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Formulário Abordando Aspectos Socioeconômico e Demográfico

1. Sexo () Feminino () Masculino
2. Idade _____ (em anos completos)
3. Estado Conjugal () Casado/união consensual ()Solteiro ()Separado/ divorciado
() Viúvo;
4. Estudou até que série _____ (em anos)
5. Faz uso de substância psicoativa? () Sim ()Não
6. Recebe algum benefício social? () Sim () Não

APÊNDICE 5



Universidade Federal do Piauí
 Centro de Ciências da Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Odontologia

FICHA DE EXAME CLÍNICO

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
COR																
TRA																
PUFA																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
COR																
TRA																
PUFA																

Código	CONDIÇÃO
0	Higido
1	Cariado
2	Restaurado, mas com Cárie
3	Restaurado e sem cárie
4	Perdido devido a cárie
5	Perdido por outras razões
6	Selante
7	Apoio de Ponte ou coroa
8	Não erupcionado
T	Trauma
9	Dente Excluído

Código	TRATAMENTO
0	Nenhum
1	Restauração de 1 superfície
2	Restauração de duas ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Pulpar + restauração
6	Extração
7	Remineralização de mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

P	Envolvimento Pulpar
U	Ulceração devido a cárie
F	Fistula
A	Abcesso

APÊNDICE 6



Universidade Federal do Piauí
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Arcada Dentária por Sextante:

Ficha índice periodontal comunitário

1°	2°	3°
6°	5°	4°

Sangramento:

- 0 – Ausência
- 1 – Presença
- X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)
- 9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Cálculo Dentário:

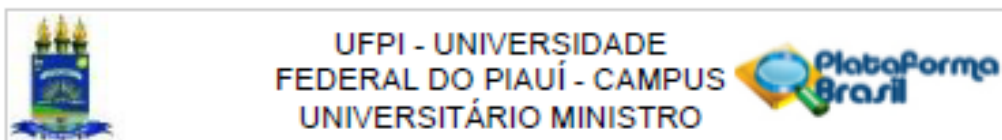
- 0 – Ausência
- 1 – Presença
- X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)
- 9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Bolsa Periodontal:

- 0 – Ausência
- 1 – Presença de Bolsa Rasa: Quando a marca preta da sonda fica parcialmente coberta pela margem gengival. Como a marca inferior da área preta corresponde a 3,5 mm e a superior 5,5 mm, a bolsa detectada deve estar entre 4 e 5 mm.
- 2 – Presença de Bolsa Profunda: Quando a área preta da sonda fica totalmente coberta pela margem da gengiva. Como a marca superior da área preta fica a 5,5 mm da ponta, a bolsa é de, pelo menos 6 mm.
- X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)
- 9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde Bucal e qualidade de vida de moradores de rua em Teresina-PI

Pesquisador: REGINA FERRAZ MENDES VIANA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69258217.3.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.100.121

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo do tipo observacional, a ser realizado com frequentadores do Centro de Referência Especializado para População de Rua (Centro POP), em Teresina – PI com o objetivo de avaliar as condições de saúde bucal bem como o impacto da saúde bucal na qualidade de vida desta população, visando também subsidiar práticas assistenciais de saúde e capacitação de recursos humanos para contribuir na melhoria do acesso desta população a serviços de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o estado de saúde bucal e o impacto na qualidade de vida de moradores de rua.

Objetivos Secundários:

1. Descrever as características sócio-demográficas dos moradores de rua de Teresina – Piauí Determinar o Índice CPO-D do município de Teresina – Piauí.
2. Determinar o Índice Periodontal Comunitário dos moradores de rua do município de Teresina – Piauí.
3. Identificar as principais necessidades de intervenções odontológicas neste segmento populacional.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.040-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer 2.100.121

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco para os participantes consiste no possível constrangimento durante aplicação de questionário e/ou alguma intercorrência durante realização de exame clínico. Para minimização destes riscos, os participantes serão entrevistados em salas reservadas e o pesquisador será devidamente treinado e calibrado previamente a realização dos exames clínicos.

Benefícios:

Espera-se, por meio deste estudo, obter dados adequados referentes às condições socioeconômicas e hábitos que possam estar relacionados com a saúde bucal de indivíduos que estejam em situação de rua na cidade de Teresina – PI, bem como através de exame clínico, mensurar o acometimento destes indivíduos por doenças bucais, como cárie. Além disso, realizar a doação de kit de higiene bucal para os participantes do estudo e promoção de saúde bucal através de palestra educativa a ser realizada previamente à aplicação de questionários e realização de exame clínico. Almeja-se a obtenção de resultados positivos na visão científica e social, difundindo na comunidade científica a necessidade de abordagens inclusivas a esta parcela da população e alerta às autoridades sobre a importância da integralidade de serviços de assistência e promoção de saúde a estes indivíduos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos anexados e conferidos pelo secretário do CEP durante a validação documental.

Recomendações:

Sem Recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.040-650
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (88)3237-2332 Fax: (88)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.100.121

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_927276.pdf	02/06/2017 19:35:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo.pdf	02/06/2017 19:33:41	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
Outros	Questionario_Socioeconomico.pdf	02/06/2017 19:33:01	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
Outros	Curriculo_Raissa_Marielly_Parente_Bernardino.pdf	31/05/2017 20:03:37	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Regina_Ferraz_Mendes.pdf	31/05/2017 20:02:59	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
Outros	Carta_Encaminhamento.pdf	31/05/2017 20:02:18	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.pdf	31/05/2017 20:01:29	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
Outros	Ficha_Indice_Periodontal_Communitario.pdf	31/05/2017 20:00:39	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
Outros	Ficha_Experiencia_Cane.pdf	31/05/2017 20:00:11	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
Outros	Oral_Health_Impact_Profile.pdf	31/05/2017 19:59:44	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido.pdf	31/05/2017 19:58:45	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	31/05/2017 19:58:23	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisadores.pdf	31/05/2017 19:58:03	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Institucional.pdf	31/05/2017 19:57:46	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	31/05/2017 19:57:28	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	31/05/2017 19:57:04	RAISSA MARIELLY PARENTE BERNARDINO	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pr5-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.040-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (88)3237-2332 Fax: (88)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
UNIVERSITÁRIO MINISTRO



Continuação do Parecer: 2.100.121

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 05 de Junho de 2017

Assinado por:

Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

ANEXO 2

Questionário para mensurar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14).

Agora serão feitas perguntas sobre como a saúde bucal afetam o seu dia-a-dia. Responda cada uma das questões de acordo com a frequência com que elas interferem na sua vida, ou seja, nunca, raramente, às vezes, constantemente ou sempre, em relação aos últimos doze meses.

Perguntas	Respostas				
	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Constante	4 Sempre
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
4. Você se sentiu incomodada ao comer algum Alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
5. Você ficou preocupada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
6. Você se sentiu estressada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
9. Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
10. Você se sentiu envergonhada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
11. Você ficou irritada com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
12. Você teve dificuldade para realizar suas atividades Diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
13. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas Atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					

ANEXO 3

Author Guidelines – Quality of Life Research

1. Article types

Quality of Life Research welcomes scientific articles in the following categories:

- Full-Length Original Articles (must include a 250-word structured abstract, maximum word limit of 4,000 words exclusive of abstract, tables, figures, and references)
- Brief Communications (maximum word limit of 1,500 words, exclusive of structured abstract, tables, figures, and references). See section below on Brief Communications.

2. Manuscript Submission

Manuscript Submission

Submission of a manuscript implies: that the work described has not been published before; that it is not under consideration for publication anywhere else; that its publication has been approved by all co-authors, if any, as well as by the responsible authorities – tacitly or explicitly – at the institute where the work has been carried out. The publisher will not be held legally responsible should there be any claims for compensation.

Permissions

Authors wishing to include figures, tables, or text passages that have already been published elsewhere are required to obtain permission from the copyright owner(s) for both the print and online format and to include evidence that such permission has been granted when submitting their papers. Any material received without such evidence will be assumed to originate from the authors.

Online Submission

Please follow the hyperlink “Submit online” on the right and upload all of your manuscript files following the instructions given on the screen.

3. Text

Text Formatting

Manuscripts should be submitted in Word.

- Use a normal, plain font (e.g., 10-point Times Roman) for text.
- Use italics for emphasis.
- Use the automatic page numbering function to number the pages.
- Do not use field functions.
- Use tab stops or other commands for indents, not the space bar.
- Use the table function, not spreadsheets, to make tables.
- Use the equation editor or MathType for equations.
- Save your file in docx format (Word 2007 or higher) or doc format (older Word versions).

Manuscripts with mathematical content can also be submitted in LaTeX.

- [LaTeX macro package \(zip, 182 kB\)](#)

Headings

Please use no more than three levels of displayed headings.

Abbreviations

Abbreviations should be defined at first mention and used consistently thereafter.

Footnotes

Footnotes can be used to give additional information, which may include the citation of a reference included in the reference list. They should not consist solely of a reference citation, and they should never include the bibliographic details of a reference. They should also not contain any figures or tables.

Footnotes to the text are numbered consecutively; those to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data). Footnotes to the title or the authors of the article are not given reference symbols.

Always use footnotes instead of endnotes.

Acknowledgments

Acknowledgments of people, grants, funds, etc. should be placed in a separate section on the title page. The names of funding organizations should be written in full.

4. Scientific style

- Please always use internationally accepted signs and symbols for units (SI units).
- Generic names of drugs and pesticides are preferred; if trade names are used, the generic name should be given at first mention.

5. References

Citation

Reference citations in the text should be identified by numbers in square brackets. Some examples:

1. Negotiation research spans many disciplines [3].
2. This result was later contradicted by Becker and Seligman [5].
3. This effect has been widely studied [1-3, 7].

Reference list

The list of references should only include works that are cited in the text and that have been published or accepted for publication. Personal communications and unpublished works should only be mentioned in the text. Do not use footnotes or endnotes as a substitute for a reference list.

The entries in the list should be numbered consecutively.

Journal article

Harris, M., Karper, E., Stacks, G., Hoffman, D., DeNiro, R., Cruz, P., et al. (2001). Writing labs and the Hollywood connection. *Journal of Film Writing*, 44(3), 213–245.

Article by DOI

Kreger, M., Brindis, C.D., Manuel, D.M., & Sassoubre, L. (2007). Lessons learned in systems change initiatives: benchmarks and indicators. *American Journal of Community Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9108-14>.

Book

Calfee, R. C., & Valencia, R. R. (1991). *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington, DC: American Psychological Association.

Book chapter

O'Neil, J. M., & Egan, J. (1992). Men's and women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In B. R. Wainrib (Ed.), *Gender issues across the life cycle* (pp. 107–123). New York: Springer.

Online document

Abou-Allaban, Y., Dell, M. L., Greenberg, W., Lomax, J., Peteet, J., Torres, M., & Cowell, V. (2006). Religious/spiritual commitments and psychiatric practice. Resource document. American Psychiatric Association. http://www.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/200604.pdf. Accessed 25 June 2007.

Journal names and book titles should be italicized.

For authors using EndNote, Springer provides an output style that supports the formatting of in-text citations and reference list.

EndNote style (zip, 3 kB).

6. Tables

- All tables are to be numbered using Arabic numerals.
- Tables should always be cited in text in consecutive numerical order.
- For each table, please supply a table caption (title) explaining the components of the table.
- Identify any previously published material by giving the original source in the form of a reference at the end of the table caption.
- Footnotes to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data) and included beneath the table body.

7. Artwork and Illustrations Guidelines

Electronic Figure Submission

Supply all figures electronically.

Indicate what graphics program was used to create the artwork.

For vector graphics, the preferred format is EPS; for halftones, please use TIFF format. MSOffice files are also acceptable.

Vector graphics containing fonts must have the fonts embedded in the files.

Name your figure files with "Fig" and the figure number, e.g., Fig1.eps.

Line Art

- Definition: Black and white graphic with no shading.
- Do not use faint lines and/or lettering and check that all lines and lettering within the figures are legible at final size.
- All lines should be at least 0.1 mm (0.3 pt) wide.
- Scanned line drawings and line drawings in bitmap format should have a minimum resolution of 1200 dpi.
- Vector graphics containing fonts must have the fonts embedded in the files.

Halftone Art

- Definition: Photographs, drawings, or paintings with fine shading, etc.
- If any magnification is used in the photographs, indicate this by using scale bars within the figures themselves.
- Halftones should have a minimum resolution of 300 dpi.

Color Art

Color art is free of charge for online publication.

If black and white will be shown in the print version, make sure that the main information will still be visible. Many colors are not distinguishable from one another when converted to black and white. A

simple way to check this is to make a xerographic copy to see if the necessary distinctions between the different colors are still apparent.

If the figures will be printed in black and white, do not refer to color in the captions.

Color illustrations should be submitted as RGB (8 bits per channel).

Figure Lettering

To add lettering, it is best to use Helvetica or Arial (sans serif fonts).

Keep lettering consistently sized throughout your final-sized artwork, usually about 2–3 mm (8–12 pt).

Variance of type size within an illustration should be minimal, e.g., do not use 8-pt type on an axis and 20-pt type for the axis label.

Avoid effects such as shading, outline letters, etc.

Do not include titles or captions within your illustrations.

Figure Numbering

All figures are to be numbered using Arabic numerals.

Figures should always be cited in text in consecutive numerical order.

Figure parts should be denoted by lowercase letters (a, b, c, etc.).

If an appendix appears in your article and it contains one or more figures, continue the consecutive numbering of the main text. Do not number the appendix figures, "A1, A2, A3, etc." Figures in online appendices (Electronic Supplementary Material) should, however, be numbered separately.

Figure Captions

Each figure should have a concise caption describing accurately what the figure depicts. Include the captions in the text file of the manuscript, not in the figure file.

Figure captions begin with the term **Fig.** in bold type, followed by the figure number, also in bold type.

No punctuation is to be included after the number, nor is any punctuation to be placed at the end of the caption.

Identify all elements found in the figure in the figure caption; and use boxes, circles, etc., as coordinate points in graphs.

Identify previously published material by giving the original source in the form of a reference citation at the end of the figure caption.

Figure Placement and Size

Figures should be submitted separately from the text, if possible.

When preparing your figures, size figures to fit in the column width.

For most journals the figures should be 39 mm, 84 mm, 129 mm, or 174 mm wide and not higher than 234 mm.

For books and book-sized journals, the figures should be 80 mm or 122 mm wide and not higher than 198 mm.

Permissions

If you include figures that have already been published elsewhere, you must obtain permission from the copyright owner(s) for both the print and online format. Please be aware that some publishers do not

grant electronic rights for free and that Springer will not be able to refund any costs that may have occurred to receive these permissions. In such cases, material from other sources should be used.

Accessibility

In order to give people of all abilities and disabilities access to the content of your figures, please make sure that

All figures have descriptive captions (blind users could then use a text-to-speech software or a text-to-Braille hardware)

Patterns are used instead of or in addition to colors for conveying information (colorblind users would then be able to distinguish the visual elements)

Any figure lettering has a contrast ratio of at least 4.5:1

8. Electronic Supplementary Material

Springer accepts electronic multimedia files (animations, movies, audio, etc.) and other supplementary files to be published online along with an article or a book chapter. This feature can add dimension to the author's article, as certain information cannot be printed or is more convenient in electronic form. Before submitting research datasets as electronic supplementary material, authors should read the journal's Research data policy. We encourage research data to be archived in data repositories wherever possible.

Submission

- Supply all supplementary material in standard file formats.
- Please include in each file the following information: article title, journal name, author names; affiliation and e-mail address of the corresponding author.
- To accommodate user downloads, please keep in mind that larger-sized files may require very long download times and that some users may experience other problems during downloading.

Audio, Video, and Animations

- Aspect ratio: 16:9 or 4:3
- Maximum file size: 25 GB
- Minimum video duration: 1 sec
- Supported file formats: avi, wmv, mp4, mov, m2p, mp2, mpg, mpeg, flv, mxf, mts, m4v, 3gp

Text and Presentations

- Submit your material in PDF format; .doc or .ppt files are not suitable for long-term viability.
- A collection of figures may also be combined in a PDF file.

Spreadsheets

- Spreadsheets should be submitted as .csv or .xlsx files (MS Excel).

Specialized Formats

- Specialized format such as .pdb (chemical), .wrl (VRML), .nb (Mathematica notebook), and .tex can also be supplied.

Collecting Multiple Files

- It is possible to collect multiple files in a .zip or .gz file.

Numbering

- If supplying any supplementary material, the text must make specific mention of the material as a citation, similar to that of figures and tables.
- Refer to the supplementary files as "Online Resource", e.g., "... as shown in the animation (Online Resource 3)", "... additional data are given in Online Resource 4".
- Name the files consecutively, e.g. "ESM_3.mpg", "ESM_4.pdf".

Captions

- For each supplementary material, please supply a concise caption describing the content of the file.

Processing of supplementary files

- Electronic supplementary material will be published as received from the author without any conversion, editing, or reformatting.

Accessibility

In order to give people of all abilities and disabilities access to the content of your supplementary files, please make sure that

- The manuscript contains a descriptive caption for each supplementary material
- Video files do not contain anything that flashes more than three times per second (so that users prone to seizures caused by such effects are not put at risk)

9.English Language Editing

For editors and reviewers to accurately assess the work presented in your manuscript you need to ensure the English language is of sufficient quality to be understood. If you need help with writing in English you should consider:

- Asking a colleague who is a native English speaker to review your manuscript for clarity.
- Visiting the English language tutorial which covers the common mistakes when writing in English.
- Using a professional language editing service where editors will improve the English to ensure that your meaning is clear and identify problems that require your review. Two such services are provided by our affiliates Nature Research Editing Service and American Journal Experts. Springer authors are entitled to a 10% discount on their first submission to either of these services, simply follow the links below.

- [English language tutorial](#)
- [Nature Research Editing Service](#)
- [American Journal Experts](#)

Please note that the use of a language editing service is not a requirement for publication in this journal and does not imply or guarantee that the article will be selected for peer review or accepted.

If your manuscript is accepted it will be checked by our copyeditors for spelling and formal style before publication.

10.Ethical Responsibilities of Authors

This journal is committed to upholding the integrity of the scientific record. As a member of the Committee on Publication Ethics (COPE) the journal will follow the COPE guidelines on how to deal with potential acts of misconduct.

Authors should refrain from misrepresenting research results which could damage the trust in the journal, the professionalism of scientific authorship, and ultimately the entire scientific endeavour. Maintaining integrity of the research and its presentation can be achieved by following the rules of good scientific practice, which include:

- The manuscript has not been submitted to more than one journal for simultaneous consideration.
- The manuscript has not been published previously (partly or in full), unless the new work concerns an expansion of previous work (please provide transparency on the re-use of material to avoid the hint of text-recycling (“self-plagiarism”).
- A single study is not split up into several parts to increase the quantity of submissions and submitted to various journals or to one journal over time (e.g. “salami-publishing”).
- No data have been fabricated or manipulated (including images) to support your conclusions

- No data, text, or theories by others are presented as if they were the author's own ("plagiarism"). Proper acknowledgements to other works must be given (this includes material that is closely copied (near verbatim), summarized and/or paraphrased), quotation marks are used for verbatim copying of material, and permissions are secured for material that is copyrighted.

Important note: the journal may use software to screen for plagiarism.

- Consent to submit has been received explicitly from all co-authors, as well as from the responsible authorities - tacitly or explicitly - at the institute/organization where the work has been carried out, **before** the work is submitted.
- Authors whose names appear on the submission have contributed sufficiently to the scientific work and therefore share collective responsibility and accountability for the results.
- Authors are strongly advised to ensure the correct author group, corresponding author, and order of authors at submission. Changes of authorship or in the order of authors are **not** accepted **after** acceptance of a manuscript.
- Adding and/or deleting authors and/or changing the order of authors **at revision stage** may be justifiably warranted. A letter must accompany the revised manuscript to explain the reason for the change(s) and the contribution role(s) of the added and/or deleted author(s). Further documentation may be required to support your request.
- Requests for addition or removal of authors as a result of authorship disputes after acceptance are honored after formal notification by the institute or independent body and/or when there is agreement between all authors.
- Upon request authors should be prepared to send relevant documentation or data in order to verify the validity of the results. This could be in the form of raw data, samples, records, etc. Sensitive information in the form of confidential proprietary data is excluded.

If there is a suspicion of misconduct, the journal will carry out an investigation following the COPE guidelines. If, after investigation, the allegation seems to raise valid concerns, the accused author will be contacted and given an opportunity to address the issue. If misconduct has been established beyond reasonable doubt, this may result in the Editor-in-Chief's implementation of the following measures, including, but not limited to:

- If the article is still under consideration, it may be rejected and returned to the author.
- If the article has already been published online, depending on the nature and severity of the infraction, either an erratum will be placed with the article or in severe cases complete retraction of the article will occur. The reason must be given in the published erratum or retraction note. Please note that retraction means that the paper is **maintained on the platform**, watermarked "retracted" and explanation for the retraction is provided in a note linked to the watermarked article.
- The author's institution may be informed.

11. Compliance with Ethical Standards

To ensure objectivity and transparency in research and to ensure that accepted principles of ethical and professional conduct have been followed, authors should include information regarding sources of funding, potential conflicts of interest (financial or non-financial), informed consent if the research involved human participants, and a statement on welfare of animals if the research involved animals. Authors should include the following statements (if applicable) in a separate section entitled "Compliance with Ethical Standards" when submitting a paper:

- Disclosure of potential conflicts of interest
- Research involving Human Participants and/or Animals
- Informed consent

Please note that standards could vary slightly per journal dependent on their peer review policies (i.e. single or double blind peer review) as well as per journal subject discipline. Before submitting your article check the instructions following this section carefully.

The corresponding author should be prepared to collect documentation of compliance with ethical standards and send it if requested during peer review or after publication. The Editors reserve the right to reject manuscripts that do not comply with the above-mentioned guidelines. The author will be held responsible for false statements or failure to fulfill the above-mentioned guidelines.

12. Disclosure of potential conflicts of interest

Authors must disclose all relationships or interests that could have direct or potential influence or impart bias on the work. Although an author may not feel there is any conflict, disclosure of relationships and interests provides a more complete and transparent process, leading to an accurate and objective assessment of the work. Awareness of a real or perceived conflict of interest is a perspective to which the readers are entitled. This is not meant to imply that a financial relationship with an organization that sponsored the research or compensation received for consultancy work is inappropriate. Examples of potential conflicts of interests **that are directly or indirectly related to the research** may include but are not limited to the following:

- Research grants from funding agencies (please give the research funder and the grant number)
- Honoraria for speaking at symposia
- Financial support for attending symposia
- Financial support for educational programs
- Employment or consultation
- Support from a project sponsor
- Position on advisory board or board of directors or other type of management relationships
- Multiple affiliations
- Financial relationships, for example equity ownership or investment interest
- Intellectual property rights (e.g. patents, copyrights and royalties from such rights)
- Holdings of spouse and/or children that may have financial interest in the work

In addition, interests that go beyond financial interests and compensation (non-financial interests) that may be important to readers should be disclosed. These may include but are not limited to personal relationships or competing interests directly or indirectly tied to this research, or professional interests or personal beliefs that may influence your research.

The corresponding author collects the conflict of interest disclosure forms from all authors. In author collaborations where formal agreements for representation allow it, it is sufficient for the corresponding author to sign the disclosure form on behalf of all authors. Examples of forms can be found

- here:

The corresponding author will include a summary statement in the text of the manuscript in a separate section before the reference list, that reflects what is recorded in the potential conflict of interest disclosure form(s).

See below examples of disclosures:

Funding: This study was funded by X (grant number X).

Conflict of Interest: Author A has received research grants from Company A. Author B has received a speaker honorarium from Company X and owns stock in Company Y. Author C is a member of committee Z.

If no conflict exists, the authors should state:

Conflict of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

13. Research involving human participants and/or animals

- 1) Statement of human rights

When reporting studies that involve human participants, authors should include a statement that the studies have been approved by the appropriate institutional and/or national research ethics committee and have been performed in accordance with the ethical standards as laid down in the 1964 Declaration of Helsinki and its later amendments or comparable ethical standards.

If doubt exists whether the research was conducted in accordance with the 1964 Helsinki Declaration or comparable standards, the authors must explain the reasons for their approach, and demonstrate that the independent ethics committee or institutional review board explicitly approved the doubtful aspects of the study.

The following statements should be included in the text before the References section:

Ethical approval: "All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards."

Ethical approval retrospective studies

Although retrospective studies are conducted on already available data or biological material (for which formal consent may not be needed or is difficult to obtain) ethical approval may be required dependent on the law and the national ethical guidelines of a country. Authors should check with their institution to make sure they are complying with the specific requirements of their country.

2) Statement on the welfare of animals

The welfare of animals used for research must be respected. When reporting experiments on animals, authors should indicate whether the international, national, and/or institutional guidelines for the care and use of animals have been followed, and that the studies have been approved by a research ethics committee at the institution or practice at which the studies were conducted (where such a committee exists).

For studies with animals, the following statement should be included in the text before the References section:

Ethical approval: "All applicable international, national, and/or institutional guidelines for the care and use of animals were followed."

If applicable (where such a committee exists): "All procedures performed in studies involving animals were in accordance with the ethical standards of the institution or practice at which the studies were conducted."

If articles do not contain studies with human participants or animals by any of the authors, please select one of the following statements:

"This article does not contain any studies with human participants performed by any of the authors."

"This article does not contain any studies with animals performed by any of the authors."

"This article does not contain any studies with human participants or animals performed by any of the authors."

17. Informed consent

All individuals have individual rights that are not to be infringed. Individual participants in studies have, for example, the right to decide what happens to the (identifiable) personal data gathered, to what they have said during a study or an interview, as well as to any photograph that was taken. Hence it is important that all participants gave their informed consent in writing prior to inclusion in the study. Identifying details (names, dates of birth, identity numbers and other information) of the participants that were studied should not be published in written descriptions, photographs, and genetic profiles unless the information is essential for scientific purposes and the participant (or parent or guardian if the participant is incapable) gave written informed consent for publication. Complete anonymity is difficult to achieve in some cases, and informed consent should be obtained if there is any doubt. For example, masking the eye region in photographs of participants is inadequate protection of anonymity. If identifying characteristics are altered to protect anonymity, such as in genetic profiles, authors should provide assurance that alterations do not distort scientific meaning.

The following statement should be included:

Informed consent: “Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.”

If identifying information about participants is available in the article, the following statement should be included:

“Additional informed consent was obtained from all individual participants for whom identifying information is included in this article.”

15. Research Data Policy

The journal encourages authors, where possible and applicable, to deposit data that support the findings of their research in a public repository. Authors and editors who do not have a preferred repository should consult Springer Nature’s list of repositories and research data policy.

- [List of Repositories](#)
- [Research Data Policy](#)

General repositories - for all types of research data - such as figshare and Dryad may also be used.

Datasets that are assigned digital object identifiers (DOIs) by a data repository may be cited in the reference list. Data citations should include the minimum information recommended by DataCite: authors, title, publisher (repository name), identifier.

- [DataCite](#)
Springer Nature provides a research data policy support service for authors and editors, which can be contacted at researchdata@springernature.com.

This service provides advice on research data policy compliance and on finding research data repositories. It is independent of journal, book and conference proceedings editorial offices and does not advise on specific manuscripts.

- [Helpdesk](#)

16. After acceptance

Upon acceptance of your article you will receive a link to the special Author Query Application at Springer’s web page where you can sign the Copyright Transfer Statement online and indicate whether you wish to order OpenChoice, offprints, or printing of figures in color.

Once the Author Query Application has been completed, your article will be processed and you will receive the proofs.

Copyright transfer

Authors will be asked to transfer copyright of the article to the Publisher (or grant the Publisher exclusive publication and dissemination rights). This will ensure the widest possible protection and dissemination of information under copyright laws.

Offprints

Offprints can be ordered by the corresponding author.

Color illustrations

Online publication of color illustrations is free of charge. For color in the print version, authors will be expected to make a contribution towards the extra costs.

Proof reading

The purpose of the proof is to check for typesetting or conversion errors and the completeness and accuracy of the text, tables and figures. Substantial changes in content, e.g., new results, corrected values, title and authorship, are not allowed without the approval of the Editor.

After online publication, further changes can only be made in the form of an Erratum, which will be hyperlinked to the article.

Online First

The article will be published online after receipt of the corrected proofs. This is the official first publication citable with the DOI. After release of the printed version, the paper can also be cited by issue and page numbers.

ANEXO 4

NORMATIZAÇÃO TÉCNICA

Normatização técnica das Dissertações do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPI, aprovado em Reunião do Colegiado em 12/04/2016.

As dissertações deverão ser escritas em fonte Times New Roman ou Arial tamanho 12 com espaçamento 1,5 e margens inferior e superior de 3 cm e direita e esquerda de 2,5 cm, alinhamento justificado e paginação no canto inferior esquerdo e conter os seguintes elementos:

I - Elementos pré-textuais:

- a) Primeira folha dando visibilidade à Universidade, ao Programa, ao autor e título da dissertação;
- b) Segunda folha dando visibilidade ao nome do autor, ao título do trabalho, ao nível (mestrado acadêmico), a área de concentração, a linha de pesquisa, ao nome do orientador e coorientador, ao local (cidade) e ao ano;
- c) Folha de aprovação, dando visibilidade à Comissão Julgadora com as respectivas assinaturas;
- d) Dedicatória (opcional);
- e) Agradecimentos (opcional);
- f) Lista de ilustrações (opcional);
- g) Lista de tabelas (opcional);
- h) Lista de abreviaturas e siglas (opcional);
- i) Lista de símbolos (opcional);
- j) Sumário.

II – Elementos textuais

- a) Resumo em português contendo no máximo 300 palavras;
- b) Revisão de literatura ou artigo de revisão;
- c) Artigo(s);
- d) Press release.

III – Elementos pós-textuais

- a) Produção Intelectual
- b) Anexos

c) Apêndices

OBS: As referências devem ser formatadas de acordo com as normas de Vancouver, sempre ao final das secções que necessitem das mesmas.